



**MEMORIA
INSTITUCIONAL**
2007

LA ENTIDAD

Denominación:

La entidad se denomina Seguro Social de Salud, siendo su denominación corporativa EsSalud.

Constitución:

EsSalud se crea por Ley N° 27056 como organismo público descentralizado del Sector Trabajo y Promoción Social.

Domicilio Legal:

Av. Domingo Cueto 120 – Lima - Jesús María

R.U.C.: 20131257750

Teléfonos: 265-6000

Página Web: www.essalud.gob.pe

CONTENIDO

1. Presentación

2. Nuestra Entidad

Reseña Histórica
Objeto Social
Visión
Misión
Estructura Organizacional
Consejo Directivo
Principales Ejecutivos
Equipo de Trabajo
Red Prestacional

3. Gestión y resultados estratégicos

Más inversión
Mayor producción
Mejor atención

4. Gestión y resultados operacionales

Aseguramiento
Hechos relevantes
Resultados

Financiamiento
Hechos relevantes
Resultados

Prestaciones de Salud
Hechos relevantes
Resultados

Prestaciones Económicas
Hechos relevantes
Resultados

Prestaciones Sociales
Hechos relevantes
Resultados

5. Estados Financieros Auditados

Dictamen
Resultados

1 PRESENTACIÓN

EsSalud es la entidad responsable de la seguridad social en el país y otorga cobertura a sus asegurados brindándoles prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación y subsidios para el cuidado y bienestar social, laboral y ante enfermedades profesionales.

Ha sido creado como organismo público descentralizado - adscrito al sector Trabajo - con personería jurídica de derecho público interno y autonomía técnica, administrativa, económica, financiera, presupuestal y contable.

Para el desarrollo de su accionar dispone de una red de establecimientos de salud a nivel nacional con el equipamiento, fortalecido en la actual gestión, y con profesionales idóneos capaces de atender enfermedades de los distintos niveles de complejidad.

2 NUESTRA ENTIDAD

Reseña Histórica

ESSALUD, constituye la última etapa de un prolongado proceso de desarrollo institucional en Seguridad Social que se inicia con la Ley 8433 del 12 de Agosto de 1936 que crea la Caja Nacional del Seguro Social. Paralela a los diversos procesos socio-políticos que marcan la evolución del país en el siglo XX, la primigenia Caja Nacional del Seguro Social, pasa por diversos cambios normativos y organizacionales, como la Ley 13724 que crea el Seguro Social del Empleado en 1961 y el Decreto Ley 23161 de 1980 que crea el Instituto Peruano de Seguridad Social. Este proceso de maduración y crecimiento, culmina con la aprobación de la Ley 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud (EsSalud), promulgada el 30 de Enero de 1999. Esta Ley responde a la necesidad de impulsar el desarrollo de la Seguridad Social integrando progresivamente a un mayor número de peruanos, siendo este el norte que marca la gestión de ESSALUD como organización orientada a contribuir al desarrollo y bienestar del país.

Objeto Social

ESSALUD tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de Prestaciones de Prevención, Promoción, Recuperación, Rehabilitación, Prestaciones Económicas y Prestaciones Sociales, que corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos.

ESSALUD, asimismo, tiene la facultad de realizar directa o indirectamente, programas de extensión social para la atención de no asegurados de escasos recursos, cuya financiación deberá sustentarse en sus respectivos convenios suscritos para el efecto.

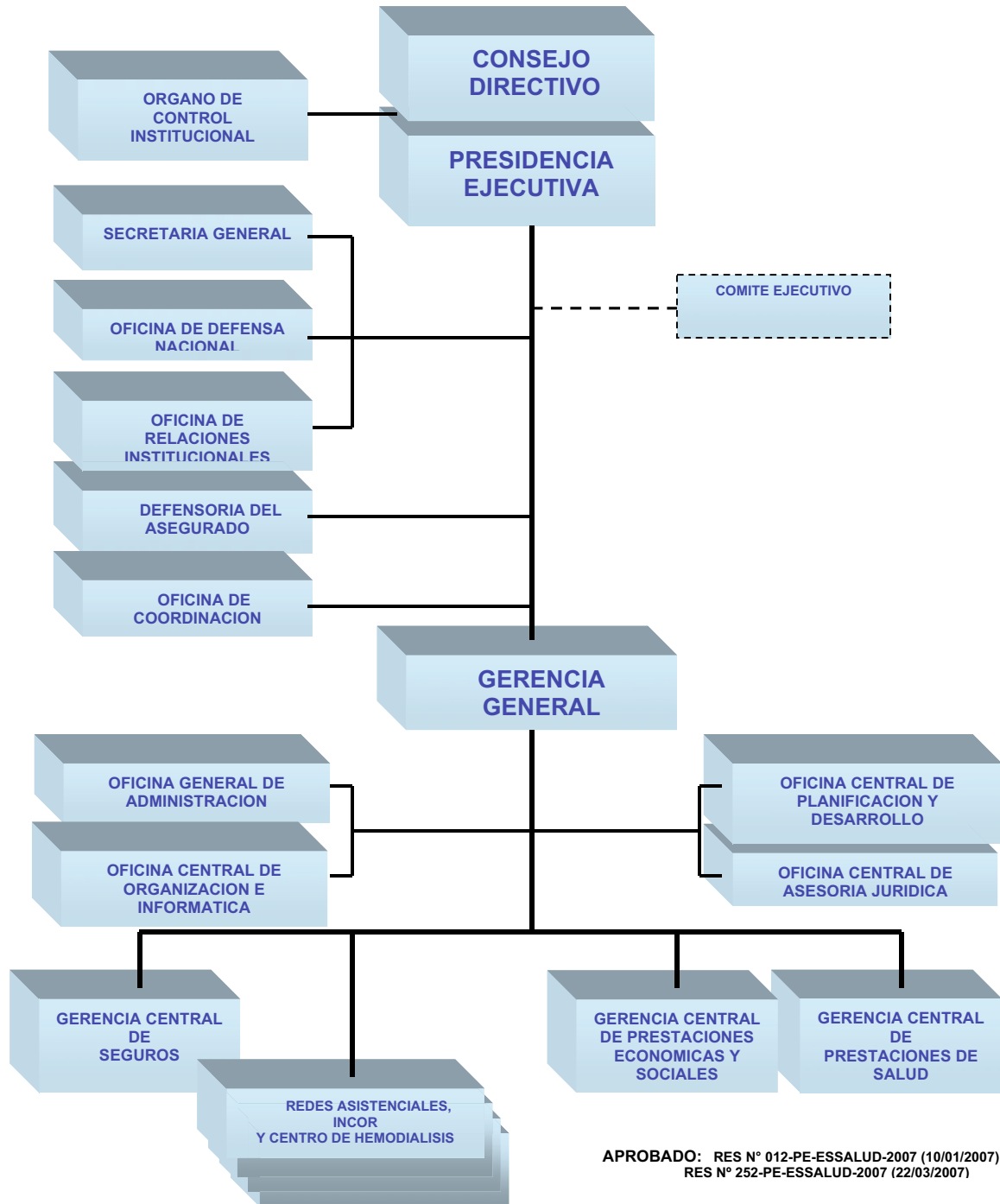
Visión

Hacia un servicio centrado en el asegurado que supere sus expectativas y mejore su bienestar.

Misión

Somos un seguro social de salud que brinda una atención integral con calidad, calidez y eficiencia para mantener saludables a nuestros asegurados.

Estructura Organizacional



Consejo Directivo

Presidente

Pío Fernando Barrios Ipenza

Representante del Estado – Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo

Daniel Emiliano Mora Zevallos (Hasta el 09 de marzo de 2007)

Cecilia María Luisa Peláez Bardales de Arana (Desde el 10 de marzo de 2007)

Representante del Estado - Ministerio de Salud

Elías Melitón Arce Rodríguez (Desde el 04 de julio de 2007)

Representante de los Empleadores – Gran Empresa

Eduardo Llosa Barbér

Representante de los Empleadores – Mediana Empresa

José María López de Romaña Montenegro

Representante de los Empleadores – Pequeña y Micro Empresa

Hilda Graciela Fernández-Baca de Valdez

Representante de los Trabajadores y Asegurados - Régimen Laboral Público

Joaquín Ernesto Gutiérrez Madueño

Representante de los Trabajadores y Asegurados – Régimen Laboral Privado

Juan Miranda Donayre (Hasta el 10 de junio de 2007)

Elías Grijalva Alvarado (Desde el 05 de julio de 2007)

Representante de los Trabajadores y Asegurados – Pensionistas

Félix Walter Rivadeneira Heredia (Hasta el 10 de junio de 2007)

Marco Alejandro Ubillús Carrasco (Desde el 06 de julio de 2007)

Principales Ejecutivos

Presidente Ejecutivo

Pío Fernando Barrios Ipenza

Gerente General

Javier Ángel Rosas Santillana

Secretaria General

Leonor Irma Ponce Luyo

Defensora del Asegurado

Pilar Frisancho Cabrera

Jefe de la Oficina de Defensa Nacional

Luis Aguilar Torres

Jefe de la Oficina de Relaciones Institucionales

Juan Carlos Ruiz Rivas

Jefe de la Oficina de Coordinación Técnica

Félix Rafael Ortega Alvarez

Jefe del Órgano de Control Institucional

Ricardo Frías Condemarín (Hasta el 10.01.2007)

Alberto Espinoza Valenzuela (A partir del 11.01.2007) por Resolución de Contraloría General

Gerente Central de Prestaciones de Salud

Alfredo Barredo Moyano

Gerente Central de Seguros

César Chanamé Zapata

Gerente Central de Prestaciones Económicas y Sociales

César Chanamé Zapata (Hasta el 02.07.2007)

Dennis Zúñiga Luy (A partir del 03.07.2007)

Jefe de la Oficina General de Administración

Carmen Barrantes Pérez

Gerente Central de Finanzas

Jaime Sobrados Tapia (Hasta el 28.05.2007)

Publio Román Maldonado (A partir del 29.05.2007)

Gerente Central de Recursos Humanos

Julián Berrocal Flores

Gerente Central de Logística

Javier Enrique Menéndez Montañez (Hasta el 28.05.2007)

Jaime Sobrados Tapia (A partir del 29.05.2007)

Jefe de la Oficina Central de Planificación y Desarrollo

Frans Leo Amelinckx Villanueva

Jefe de la Oficina Central de Organización e Informática

Aldo Dávila Cainero

Jefe de la Oficina Central de Asesoría Jurídica

Edward Tovar Mendoza

Equipo de Trabajo

Aunado a la tarea de conducción de la Alta Dirección y el equipo gerencial se encuentra el esfuerzo de los colaboradores de la Entidad. Al 31 de diciembre de 2007, EsSalud contaba con 36,734 trabajadores distribuidos a nivel nacional, según la siguiente composición, por niveles y grupo ocupacional:

Nivel Ocupacional	N° DE TRABAJADORES	
	2006	2007
Ejecutivos / Dirección y Confianza	338	379
Ejecutivos Administrativo de Confianza	589	656
Ejecutivos Asistencial	860	954
Profesionales	20,857	21,707
Técnicos	11,018	11,131
Auxiliares	1,833	1,907
Total	35,495	36,734

Grupo Ocupacional	N° DE TRABAJADORES	
	2006	2007
Administrativos	6,678	6,829
Asistencial	28,817	29,905
Total	35,495	36,734

Fuente: Gerencia de Administración de Personal
Elaboración: OCPD

Red Prestacional

El esfuerzo humano, tanto directriz como laboral, requiere de recursos físicos, los cuales se encuentran desplegados a través de nuestra red prestacional, la misma que se sintetiza por niveles en el siguiente cuadro.



Siendo los recursos físicos más relevantes para la prestación del servicio, al 31 de diciembre del 2007, los que se muestran en el siguiente cuadro.

NIVEL	CONSULTORIOS		N° DE CAMAS	N° SALA DE OPERACIONES
	FISICOS	FUNCIONAL		
III	478	652	3,567	89
II	882	1449	2,905	123
I	651	990	225	20
TOTAL	2,011	3,091	6,697	232

* Nivel de acuerdo a Resolución de Gerencia General N° 549 -GG-ESSALUD-2007

Fuente: Sistema de Estadísticas en Salud (SES)-2007

Elaboración: Sub Gerencia de Información Gerencial

Nota:

Consultorio físico: ambiente en el cual se brindan consultas.

Consultorio funcional: turno diario de consultas que se brinda en un consultorio físico. Si en 1 consultorio físico se atiende en los turnos de mañana y tarde, se tienen 2 consultorios funcionales.

3 GESTIÓN Y RESULTADOS ESTRATÉGICOS

La gestión se ha orientado principalmente sobre la base de tres pilares. En primer orden: Mayor Inversión, para fortalecer la infraestructura y equipamiento. En segundo lugar: Mayor Producción, para ampliar la oferta asistencial y reducir la brecha de demanda y en tercer término: Mejor Atención, para incrementar la satisfacción de nuestros asegurados.

3.1 Más inversión

Para dar inicio a la mejora en ESSALUD, se propone ampliar, remodelar y construir 29 centros asistenciales en todo el país, comprar equipos médicos, instrumental quirúrgico, equipos electromecánicos, adquirir equipos de alta tecnología para ponerlos operativos en las Redes de Lima y Provincias.

En el ejercicio 2007 se han comprometido adquisiciones por S/. 425.3 millones de nuevos soles y al finalizar el período presupuestal se han ejecutado 286.3 millones de nuevos soles (S/. 245.8 millones más que el año 2006).

3.1.1 Proyectos de Inversión

Es importante mencionar que en la Elaboración de Estudios Definitivos y Ejecución de Obras se tiene la participación de Organismos Internacionales (UNOPS y OIM), que están permitiendo establecer acciones técnicas que redundan en beneficio de la administración de la inversión a cargo de ESSALUD.



Hospital Huamanga

En lo que concierne a estudios se adjudicó por el monto de US\$ 2,159,567.76, para los siguientes proyectos.

- Proyecto INCOR
- Mejoramiento de los Servicios del Policlínico Luis Negreiros
- Mejoramiento y Desarrollo Integral Hospital I Tumbes
- Centro Asistencial Alto Mayo
- Centro de Emergencia de Lima Metropolitana
- Mejoramiento de los Servicios de Pediatría del HNERM
- Construcción del Hospital I Cono Norte
- Nuevo Hospital Chiclayo Oeste

Además fueron adjudicados proyectos bajo la modalidad Concurso-Oferta (Estudio más Obra), a través del convenio con el organismo internacional OIM. Los proyectos son:

- Mejoramiento de los Servicios de Atención Geriátrica en Lima Metropolitana
- Nuevo Hospital La Oroya
- Nuevo Hospital II Huamanga.

Otro de los proyectos adjudicados es la ejecución de la Obra del Proyecto INCOR bajo la misma modalidad que los proyectos anteriores.

Primeras piedras en el 2007

En noviembre de 2007 se puso la primera piedra de la nueva “Clínica Geriátrica San Isidro Labrador”, con un monto comprometido de 20.7 millones de soles, la cual contará con una dotación de 175 camas, centros de rehabilitación y personal suficiente para atender a los adultos mayores, a culminarse en septiembre 2008, sobre un área de 8,235 m .



Maqueta San Isidro Labrador

Asimismo, ese mismo mes, se puso la primera piedra del nuevo hospital La



Maqueta Hospital La Oroya

Oroya, con una inversión de 26.3 millones de nuevo soles.

Hospitales para las zonas afectadas por el terremoto

A raíz del terremoto del 15 de agosto 2007, se ha programado más de 90 millones de soles en construcción de hospitales en Pisco e Ica. La construcción e implementación con equipamiento médico y servicios básicos del hospital de Ica, reemplazará al hospital Matías Manzanilla destruido por el terremoto, con una inversión de 56.5 millones de soles. La edificación del nuevo hospital de Pisco demandará cerca de 35.7 millones de soles. Ambos proyectos demandarán de 15 a 18 meses de ejecución.



Hospital Manzanilla

Proyectos encaminados para su próximo inicio



Asimismo, al cierre del ejercicio, se han realizado avances significativos que permitirán iniciar en los primeros meses del ejercicio 2008 el nuevo hospital de Huamanga por un monto de 30.8 millones de soles, el nuevo Instituto Nacional del Corazón -INCOR- que necesita una

inversión de 92.3 millones, el nuevo hospital Negreiros en el Callao por 61.2 millones, el nuevo hospital del Cono Norte por 34.4 millones y el nuevo hospital de Chiclayo Oeste por 42.8 millones.

3.1.2 Equipamiento no vinculado a proyectos

La renovación de equipos médicos permitirá reducir la brecha de oferta-demanda existente en la actualidad, considerando que la mayoría del equipamiento tiene más de 15 años de antigüedad y en muchos casos resultaba obsoleto.

También permitirá que los hospitales de Essalud estén a la altura de cualquier centro asistencial del extranjero. Por otro lado, a través de estos equipos se podrá diagnosticar tumores de menor tamaño, aneurismas y lesiones coronarias, permitirán, además, el planeamiento quirúrgico y ayuda en la reconstrucción de los huesos de la cara y de la pelvis. Gracias a estos equipos los asegurados tendrán un diagnóstico más exacto y en menor tiempo, lo que permitirá una pronta intervención médica.



Equipo de Rayos X



Centrífuga de pie



Tomógrafos



Ventiladores volumétricos e incubadoras

Equipamiento Asistencial

La adquisición más significativa dentro de las inversiones se da en el rubro de Equipamiento Asistencial, la cual fue realizada por convenio a través de organismos internacionales, encargo conferido a la Oficina de Servicios para Proyectos de las Naciones Unidas - UNOPS, con una inversión de US\$ 56.9 millones y con un total de 3,367 equipos biomédicos a nivel nacional, distribuidos de la siguiente manera:

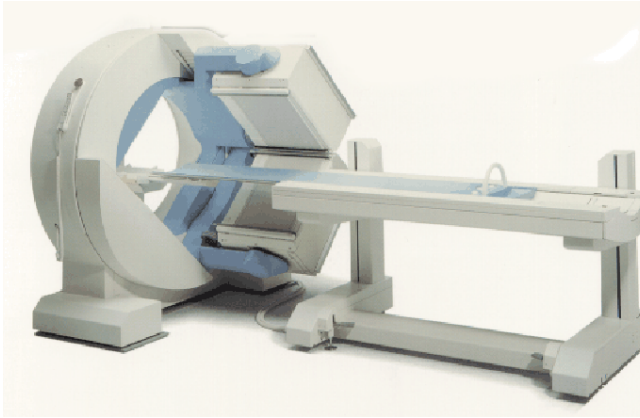
- Redes Tipo A: 1,516
- Redes Tipo B: 1,139

- Redes Tipo C: 705
- Institutos Especializados: 7

Dentro de los cuales se compraron 23 equipos de Alta Tecnología:

- 2 Aceleradores Lineales
- 3 Cámaras Gamma
- 6 Litotriptores Extracorpóreos
- 4 Equipos de Resonancia Magnética
- 2 Tomógrafos Simuladores Computarizados
- 3 Tomógrafos Computarizados de 4 Cortes
- 3 Tomógrafos Computarizados de 6 Cortes

Cámara Gamma



Litotriptor



Acelerador Lineal



También se decidió la adquisición de Equipamiento por el Plan de Emergencia y Desembalse a través de los Procesos de Selección Abreviada, tanto para equipamiento biomédico, electromecánico, complementario e instrumental quirúrgico, con una inversión de US\$ 31.35 millones. Además, a través del nivel central y descentralizadamente, se ha llevado a cabo una serie de adquisiciones, dentro de las que destacan las Inversiones en Bienes de Capital Prioritarios No Ligados a Proyectos de Inversión tanto para equipamiento asistencial, equipamiento informático y acondicionamiento de infraestructura y la adquisición de equipamiento estratégico para el HNERM (Acelerador Lineal, Resonador Magnético y Tomógrafo Computarizado) cuya inversión asciende a US\$ 16.3 millones las mismas que forman parte del Plan

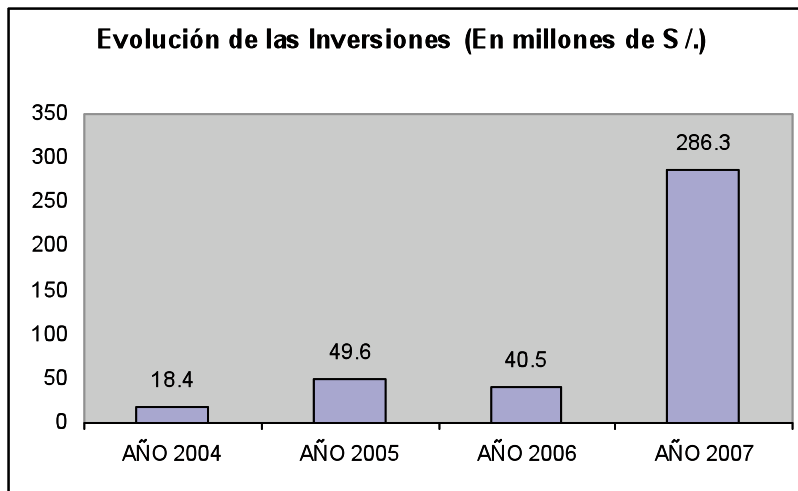
Anual de Inversiones y, por lo tanto, están relacionadas con garantizar la continuidad operativa y nivel de calidad de las prestaciones asistenciales en ESSALUD.

Se destacan entre las inversiones más importantes, los tomógrafos de alta tecnología, no sólo destinados a los grandes hospitales de la capital -Rebagliati, Almenara, y Sabogal, sino también a los hospitales de provincias, en los departamentos de La Libertad, Junín y Cusco. El costo de cada equipo supera los dos millones de soles y la inversión total de estos seis equipos es de alrededor de S/. 13 millones.

Asimismo, por primera vez, la institución adquiere equipos de mamografía para las redes de Amazonas, Huancavelica, Apurímac, Huánuco, Ica, Ayacucho, Juliaca, Moyabamba y Tarapoto.

Evolución de las inversiones

En el siguiente Cuadro podemos apreciar el incremento sustancial de ejecución de inversiones comparadas con las de ejercicios anteriores (606% más), siendo estas aún mas notorias si las comparamos con la inversión comprometida de S/. 425.3 millones.



Fuente: Gerencia de Planeamiento y Evaluación de Inversiones
Elaboración: OCPD

3.2 Mayor producción

Los tres componentes más importantes que miden la producción asistencial son consulta externa, hospitalización y cirugía.

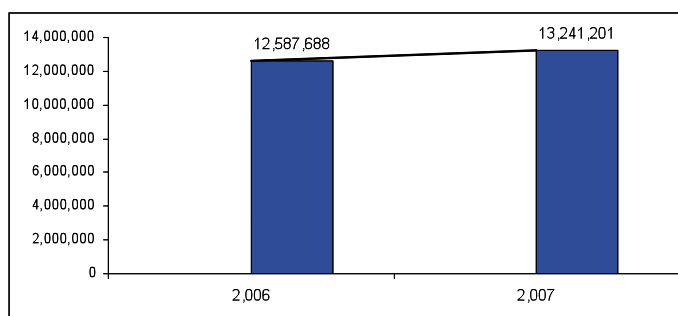
3.2.1 Principales resultados obtenidos

Consulta médica

ATENCIONES	2006	2,007	INCREMENTO
<i>Consulta médica (Oferta Fija)</i>	12,255,240	12,814,078	558,838
<i>Hospital Perú y otros (Oferta Flexible)</i>	332,448	427,123	94,675
TOTAL	12,587,688	13,241,201	653,513

Fuente: Sistema de Estadística en Salud
Elaboración: OCPD

Cabe resaltar que los incrementos más importantes se han registrado en las redes asistenciales de Lima: Rebagliati (215,583), Almenara (152,279) y Sabogal (92,632).

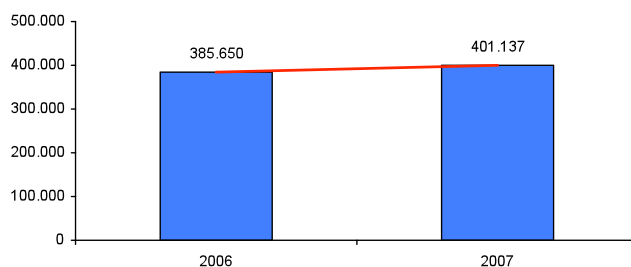


Hospitalización

EGRESOS HOSPITALARIOS	2006	2007	INCREMENTO
TOTAL	385.650	401.137	15.487

Fuente: Sistema de Estadística en Salud
Elaboración: OCPD

Cabe resaltar que los incrementos más importantes en egresos hospitalarios se han registrado en las redes asistenciales de Lima: Rebagliati (4,614), Almenara (2,341) y Sabogal (1,773).

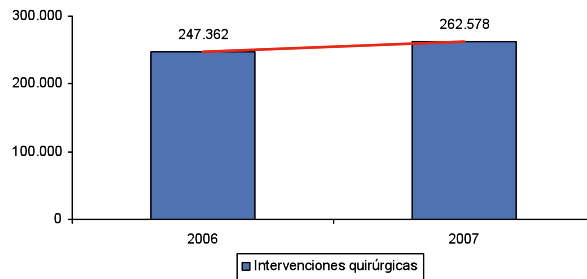


Cirugía

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS	2006	2007	INCREMENTO
TOTAL	247.362	262.578	15.216

Fuente: Sistema de Estadística en Salud
Elaboración: OCPD

También los incrementos más importantes en intervenciones quirúrgicas se han registrado en las redes asistenciales de Lima: Rebagliati (3,126), Almenara (3,290) y Sabogal (2,251).



3.2.2 Fortalecimiento de la Atención Primaria

La atención primaria es un concepto que involucra la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, la atención recuperativa y la rehabilitación de la salud, como atenciones no especializadas, con participación de la comunidad en el autocuidado de su salud.

Creación de las Unidades Básicas de Atención (UBAP's)

Las UBAP (Unidades Básica de Atención Primaria) brindarán el servicio de atención integral de salud, ambulatoria, oportuna y accesible; a través de actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención recuperativa y de rehabilitación del primer nivel a una población residente en un territorio geográfico delimitado, que atenderá a una población asegurada de aproximadamente 400 mil asegurados.

En una primera etapa, las UBAP estarán instaladas en los distritos de: Barranco, Carabayllo, Independencia, Los Olivos, Magdalena del Mar, Puente Piedra, San Borja y San Juan de Miraflores.



Ubicación de las UBAP

En diciembre de 2007 se inauguró la primera UBAP en los Olivos, conformada por dos unidades básicas ubicadas en el Hospital Municipal de Los Olivos y en el Policlínico Municipal El Trébol, la misma que tiene adscritos 68 mil asegurados orientada básicamente a la atención preventiva, que se beneficiarán de los servicios de consulta externa, controles, inmunizaciones, pruebas de detección de enfermedades prevalentes, etc.



Inauguración UBAP - Los Olivos

UBAP's encaminadas para su próximo inicio

Durante el ejercicio 2007 se ha dejado encaminado para su inauguración durante el primer trimestre del año 2008 las unidades de atención de Miraflores y Bellavista.

Más de 65 mil afiliados al Seguro Social podrán ser atendidos en la Unidad Básica de Atención Primaria Red EsSalud de Miraflores, con el fin de descongestionar y descentralizar los servicios de salud y acercar la atención médica a la población del distrito. Los locales a disposición de los mirafloresinos serán el Centro Médico Santa Cruz y el Centro Médico Miraflores. El Municipio ha aportado el espacio físico debiendo EsSalud implementar los ambientes con equipos y dotar del personal médico necesario para la atención.

Dotación de recursos médicos para las zonas más alejadas del país.

Dentro del contexto de fortalecer la atención primaria, el Seguro Social de Salud ha contratado a más de 250 médicos para prestar servicio en las zonas más alejadas del país. Estos galenos reemplazarán a los médicos serumistas ubicados en varias provincias alejadas de las distintas Regiones del país, dando una mayor estabilidad y continuidad al servicio que actualmente se brinda.



Nuevos Médicos

3.2.3 Incremento del recurso humano

Como parte de la estrategia de reducir la brecha entre la oferta y la demanda asistencial se priorizó en el presente ejercicio el aumento de los recursos humanos asistenciales.

Incremento del Cuadro de Asignación de Personal (CAP)

Como resultado del análisis y evaluaciones de la dotación de personal en los centros asistenciales, se amplió el Cuadro de Asignación de Personal (CAP), asignando 2,362 nuevos profesionales de la salud: 989 médicos, 957 enfermeras, 413 tecnólogos y 3 de otras especialidades. Un incremento importante de dotación de personal no se hacía desde inicios de la década y en menor escala.

En el siguiente cuadro se muestra la asignación de este nuevo personal por Red Asistencial.

Red Asistencial	Médicos	Enfermeras	Tecnólogos	Otros prof.
Almenara	98	146	76	
Amazonas	17	1	2	
Ancash	19	28	9	
Apurímac	11	7	7	3
Arequipa	37	98	27	
Ayacucho	15	3	2	
Cajamarca	17	4	3	
Cusco	36	4	15	
Huancavelica	9	1	3	
Huanuco	18	8	3	
Ica	26	33	15	
INCOR	16	23	3	
Junín	45	46	29	
La Libertad	39	58	23	
Lambayeque	44	74	20	
Juliaca	19	1	5	
Loreto	20	23	11	
Madre de Dios	5	2	1	
Moquegua	18	0	3	
Moyobamba	16	6		
Pasco	15	2	5	
Piura	68	32	5	
Puno	13	2	6	
Rebagliati	143	165	83	
Sabogal	121	141	46	
Tacna	20	22	6	
Tarapoto	17	8	3	
Tumbes	6	0		
Ucayali	14	1	2	
Oferta Flexible / Hospital en Casa	45	18		
Trasplante y Procura	2			
TOTAL	989	957	413	3



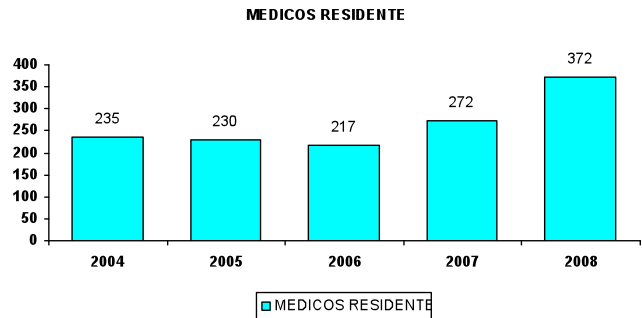
Más profesionales

Fuente: Sub Gerencia de Programación de Recursos Humanos
Elaboración: OCPD

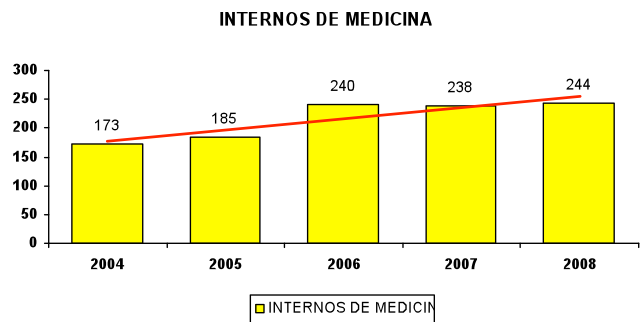
Incremento de recursos asistenciales: recursos humanos en formación

El comportamiento de las asignaciones de Médicos Residentes, Médicos SERUMS, Internos de Medicina y Enfermeras SERUMS en el período 2004-2008, ha sido variado pero en forma creciente.

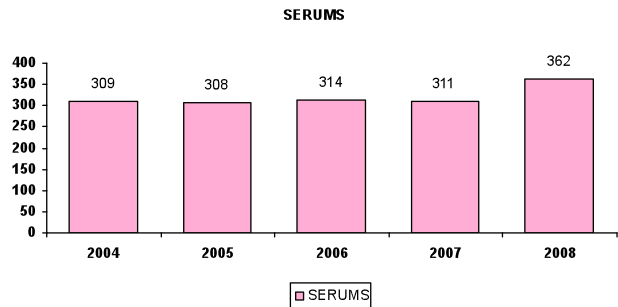
El incremento del 37% en el número de médicos residentes para el año 2008 en relación al 2007 (ampliación de 100 plazas), se debió a necesidades institucionales y del país, de fortalecer la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, entre otras.



El número de plazas aprobadas de personal en formación (Internado Médico) ha sufrido un gran incremento sobre todo a partir del ejercicio 2006.



El número de plazas por SERUMS, para médicos y enfermeras, se había mantenido constante durante el periodo 2004-2007, sin embargo a fines de este año se aprobó un incremento de 16% para el ejercicio 2008.



3.2.4 Aumento de la Oferta Flexible

Hospital Perú

A través de esta modalidad de atención médica itinerante, el "Hospital Perú" se desplaza por los lugares de extrema pobreza, donde hay menor cobertura de atención médica.

El primer "HOSPITAL PERÚ", se realizó en el distrito más grande del país, San Juan de Lurigancho.



Atenciones HOSPITAL PERÚ - 2007

ATENCIONES	TOTAL
TOTAL DE ATENCIONES	333.452
CONSULTA EXTERNA	259.840
Consulta Médica	135.618
Control de Enfermería	87.864
Control de Obstetricia	12.386
Atención Odontológica	16.462
Atención de Fisioterapia	5.105
Atención de Psicología	1.746
Atención de Nutrición	659
INTERVENCIONES QUIRURGICAS	1.238
Cirugía Mayor de Mediana Complej. (B)	66
Cirugía Mayor de Baja Complej. (C)	280
Cirugía Menor de Alto Requeri. (D)	297
Cirugía Menor de Bajo Requeri. (E)	595
PROCEDIMIENTOS	41.270
Procedimientos médicos	16.157
Otros procedimientos	25.113
APOYO AL DIAGNOSTICO	31.104
Análisis Clínico	23.931
Diagnóstico por Imágenes	7.173
Recetas Despachadas	123.937

Fuente: Gerencia de Oferta Flexible
Elaboración: OCPD

En el 2007 se realizaron un total de 16 operativos en Lima y 52 en provincias.

Uno de estos operativos es Hospital Perú Playa, con el cual se atienden a los bañistas casos de emergencia con el apoyo de ambulancias y si el caso lo requiere la participación de helicópteros de la Policía Nacional. Asimismo, los asegurados que visitaron los principales centros turísticos del país por Semana Santa se pudieron atender de alguna contingencia en el Hospital Perú.



PADOMI (Programa de atención domiciliaria)

Constituye la atención preferencial que brinda EsSalud en el domicilio a los pacientes con incapacidad para desplazarse a los Centros Asistenciales, con el objetivo de mejorar su calidad de vida y brindarles una atención digna.

PADOMI logra la participación de la familia en la atención del paciente; fomentando el autocuidado y aplicación de los niveles de prevención.

La atención a domicilio está a cargo de un equipo multidisciplinario que agrupa a 440 profesionales, que realizan terapias individuales y grupales, atención social personalizada, intervención en problemas personales, entre otras.



3.2.5 Programas especiales

Trasplantes

El costo de un trasplante en el Perú es de 50 mil dólares, mientras que en el extranjero puede multiplicarse varias veces. No obstante, el trasplante es la mejor alternativa para pacientes con enfermedades crónicas terminales y sólo es posible gracias a la solidaridad de donantes anónimos.

EsSalud realiza el 95% de los trasplantes del país y es pionero en los de hígado y pulmón. Además realiza trasplantes de riñón, córnea, médula ósea, piel y tejidos. Es importante tener en cuenta que en el Perú, ocho de cada diez potenciales donaciones se pierden, principalmente, por la negativa de los familiares que no ven en este acto de amor la posibilidad de salvar vidas.



Cada año en el Perú alrededor de 50 mil personas padecen de problemas de insuficiencia cardiaca, y aunque algunos se convertirán en candidatos a un trasplante cardiaco, pocos podrán ser trasplantados porque en nuestro país los donantes son cada día más escasos.

La estadística al 2007 nos muestra:

Trasplantes	Operaciones	Incremento	Centros
Renales	64	10%	Almenara, Rebagliati, Aguinaga, Arequipa
Hígados	9	50%	Almenara
Pulmones	2	100%	Rebagliati, Almenara
Córnea	76	40%	

Fuente: Oficina de Transplante y Procura
Elaboración: OCPD

Un avance importante respecto a trasplantes se ha dado en lo que es el Pulmón, puesto que hasta hace poco se hacía con donante vivo en el Hospital Almenara. En el Hospital Rebagliati ahora se hace con donante cadavérico.

3.3 Mejor atención

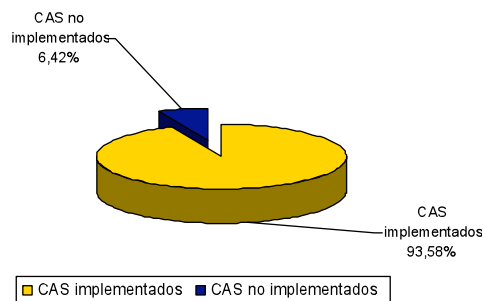
3.3.1 Uso de la tecnología para mejorar la atención

Essalud en línea

Este Centro de atención telefónica de EsSalud, a nivel nacional, se constituye en la “Puerta de Entrada Inteligente” a sus principales servicios, utilizando el Canal Telefónico de Comunicación, para mejorar el sistema de atención a los asegurados, brindándoles la oportunidad de acceso al servicio desde el hogar u oficina, a través de una cabina telefónica, un celular y/o de los anexos directos ubicados en los centros asistenciales.



El grado de penetración nos indica que del total de los 324 centros asistenciales en 28 redes asistenciales se proyectó el servicio en 109 de ellos, logrando al 2007 estar con este servicio 102 centros; esto es, un 93.58% de penetración.



Este servicio ha permitido un descongestionamiento en las áreas de admisión para consulta externa y de referencia para las consultas de citas.

Las estadísticas nos señalan que en el 2007, del total de llamadas atendidas, el 54% de éstas corresponden a citas efectivamente otorgadas.

	Atendidas	Citas	%
Lima	3,976,697	2,016,620	51%
Provincias	1,011,907	670,171	66%
TOTAL	4,988,604	2,686,791	54%

Fuente: Oficina de Essalud en línea
Elaboración: OCPD

Asimismo, las citas efectivamente otorgadas cubren actualmente el 31% de citas que potencialmente pueden ser otorgadas.

	<i>Programación</i>	<i>Citas</i>	<i>%</i>
Lima	5,511,795	2,016,620	37%
Provincias	3,185,603	670,171	21%
Total	8,697,398	2,686,791	31%

Fuente: Oficina de Essalud en línea
Elaboración: OCPD

Hospitales Digitales

La atención con historias clínicas digitales ahorra tiempo al paciente, porque todos los datos están al alcance de médico. Asimismo, el médico luego de haber atendido al paciente, está en la capacidad de emitir una próxima cita médica, evitando que el paciente haga cola.

El primer Hospital Digital del país es el nuevo Hospital Mongrut. Para digitalizarlo, se requirió la compra de moderno equipamiento informático, que fue instalado en todos los consultorios médicos y brindará una mejor atención a los asegurados de San Miguel, La Perla, Bellavista, Carmen de La Legua y parte del Callao.



Nuevo Hospital Mongrut

A la fecha se han inaugurado tres hospitales digitales. Al Hospital Mongrut se suman el Policlínico Metropolitano y el Hospital Carrión en Tacna.



Hospital Carrión – RA Tacna



Policlínico Metropolitano – RA Tacna

Módulo de Gestión de Colas

La gestión de colas implica ver a un hospital de EsSalud, en el cual los asegurados no hagan colas, se registren y vean proyectado su nombre en una pantalla, el consultorio que les toca así como la hora de su cita.

En el 2007, se ha dejado encaminado el proceso de implementación del moderno sistema de gestión electrónica de colas, pantallas, ticketeras, módulos de sillas y un software que agilizará la atención al asegurado al interior del centro asistencial.



3.3.2 Cambio en la actitud de las personas

Premio Essalud

El premio EsSalud, es un incentivo destinado a reconocer a las mejores prácticas administrativas, médicas y asistenciales en el ámbito nacional. La idea es premiar el mejor servicio.

Prioridad en la capacitación anual y un reconocimiento oficial, entre otros merecimientos recibieron los trabajadores asistenciales y administrativos de EsSalud, a nivel nacional, a través de este premio.



Ganadores Premio EsSalud

Programa de cambio actitudinal

El principal objetivo de este programa se orienta a lograr que los participantes obtengan un cambio permanente en su actitud para elevar notablemente su desempeño profesional y personal y por ende mejorar la calidad de atención que recibe el asegurado.



En su etapa piloto se han desarrollado talleres motivacionales en cuatro redes asistenciales: Sabogal, Rebagliati, Almenara y Huánuco. Se realizaron mediciones de satisfacción de usuarios antes y después de los talleres obteniéndose mejoras tanto en la percepción del trato como en la reducción de quejas.



Voluntariado KÚRAME

EsSalud lanzó en el mes de setiembre el programa juvenil de voluntariado "Kúrame", orientado a captar a cinco mil jóvenes con emoción social para incorporarse como voluntarios en los hospitales de la institución.



En el mes de noviembre del 2007 estos jóvenes recibieron charlas de capacitación y se desplazaron a los centros asistenciales de Lima.

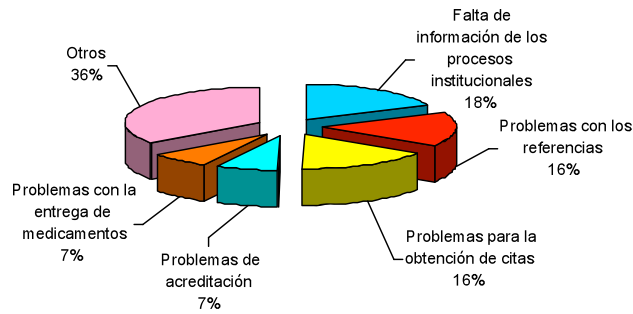
Los voluntarios brindan orientación, soporte emocional y asistencia a los pacientes y familiares que acuden a los centros asistenciales de EsSalud.

Fortalecimiento de la Defensoría del Asegurado

La Defensoría del Asegurado continúa trabajando en defensa del derecho a la salud y el acceso a las prestaciones que los asegurados reciben de EsSalud; y de los no asegurados que reciben atenciones médicas. Este trabajo se constituye en un mecanismo de autorregulación que permite generar información útil y confiable para que los funcionarios responsables puedan orientar sus acciones y decisiones a mejorar la atención y calidad del servicio que se brinda a los asegurados.

Durante el ejercicio 2007 se ha realizado el proceso de implementación del "Sistema Integrado de Atención al Asegurado" (SIAS) que tiene entre sus objetivos mejorar los estándares de satisfacción de los asegurados que hacen uso de los diferentes servicios de EsSalud. A la fecha, se encuentran registrando quejas y/o reclamos en el SIAS 36 Oficinas de Atención al Asegurado, 21 se encuentran en hospitales cabezas de red y 15 en otros centros asistenciales. Ya se ha consolidado y ampliado el uso de la Ficha de Reclamos, Quejas y Consultas que se encuentra en la intranet de EsSalud y se tiene previsto continuar con el proceso de capacitación de los Delegados Defensoriales.

Las principales quejas, reclamos y consultas que registra el SIAS, a nivel nacional en el 2007 se muestra en el siguiente gráfico:



Fuente: Defensoría del Asegurado
Elaboración: OCPD

Deberes y Derechos de los asegurados

Los asegurados tienen el derecho a recibir prestaciones de salud, económicas y sociales, pero también tienen deberes y derechos que contribuirán a que reciban permanentemente la calidad y calidez de las prestaciones para su propia satisfacción.

Para ello se elaboró un programa comunicacional para que los asegurados reciban una mejor atención, en la cual se resumen los derechos en cuanto a ser atendido con puntualidad, recibir un trato digno, utilizar los servicios, recibir atención preferente, ser informado sobre su estado de salud, quejarse y denunciar. Asimismo, tienen los deberes de llegar a tiempo a su cita, informar sus datos, realizar sus chequeos médicos, usar adecuadamente los servicios, respetar al personal, cumplir los trámites e informar efectos adversos de medicamentos.



Díptico "Guía para una mejor atención"

3.3.3 Ampliando y mejorando el servicio

Nuevos seguros

Se amplió la póliza de cobertura del seguro de accidentes personales +Vida a 72,000 nuevos soles, por sólo 5 nuevos soles mensuales.

El relanzamiento de dicho seguro se realizó en el mes de mayo del 2007 con un gran despliegue publicitario que tuvo, dentro de sus principales acciones, la convocatoria de las 400 principales empresas del país.



Presentación de nuevo seguro
EsSalud – Cía. de Seguros "La Positiva"



Este producto también cubre la muerte o invalidez por accidente del cónyuge o conviviente del titular. La afiliación es voluntaria. Para la afiliación a este seguro sólo basta ser asegurado de EsSalud y tener entre 15 y 80 años de edad.

Al cierre del año 2007, se ha beneficiado a 463,773 familias.

DNI gratuito

EsSalud, gracias a un convenio con el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil - RENIEC, está otorgando el DNI gratuitamente a los bebés que nazcan en nuestros establecimientos asistenciales, en todo el país. Cabe agregar que anualmente, en los nosocomios de EsSalud, nacen aproximadamente 67 mil niños, a nivel nacional.



Asimismo, merced a otro convenio específico con la referida entidad, más de dos millones de hijos de asegurados titulares menores de 17 años, obtendrán gratuitamente el Documento Nacional de Identidad (DNI), lo que no sólo permitirá el registro único de asegurados, sino que principalmente evitará la presencia de suplantaciones.

MI SALUD PRIMERO

Saca GRATIS en RENIEC el DNI para tus hijos asegurados

CRONOGRAMA 2008

PRIMERA LETRA DEL APELLIDO PATERNO	FECHA DE TRÁMITE	FECHA DE TRÁMITE
A-Z	AGO 1	AGO 31
C	AGO 10	JUN 1
B, F, P, S	JUN 8	JUL 8
M, L, K, A	JUL 7	AGO 31
N, R, Q, D	AGO 1	SEP 8
G, O	SEP 1	SEP 30
R, S	SEP 28	NOV 1
T, M, W, V, Y, X	NOV 2	DIC 8

Mayor eficiencia en el otorgamiento de subsidios

La Gerencia de Prestaciones Económicas, procesó un total de 247,210 solicitudes por S/. 338.26 millones por todas las prestaciones económicas del ejercicio 2007, lo que significó 34,908 (16%) solicitudes más en comparación con el año 2006, otorgando un mayor monto de S/. 72.46 millones (27%).

Este incremento se debe a una adecuada racionalización de procesos y simplificación de procedimientos para el otorgamiento de prestaciones económicas a la población asegurada.

Destacaron los subsidios por Incapacidad Temporal y Sepelio cuyo otorgamiento se incrementó en un 29%.

COMPARATIVO 2007 / 2006

Subsidio	N° de expedientes			
	2007	2006	Variación	
			N° Sol.	%
Incap.Temp.	92,253	71,458	20,795	29%
Sepelio	23,967	18,626	5,341	29%
Maternidad	30,872	28,817	2,055	7%
Lactancia	100,118	93,401	6,717	7%
Total	247,210	212,302	34,908	16%

Subsidio	Montos S/.			
	2007	2006	Variación	
			Monto S/.	%
Incap.Temp.	107,290,189	73,133,266	34,156,922	47%
Sepelio	48,679,807	37,661,258	11,018,549	29%
Maternidad	100,217,406	78,575,436	21,641,970	28%
Lactancia	82,075,235	76,429,843	5,645,393	7%
Total	338,262,637	265,799,802	72,462,835	27%

Fuente: Gerencia de Prestaciones Econ. y Sociales
Elaboración: OCPD

3.3.4 Trabajo en comunidad

Caminata

El domingo 15 de julio, se realizó la “Gran Caminata 2007”, cuyo punto de partida fue el parque La Pera del Amor, situado en el cruce de la Av. Del Ejército con la Av. Salaverry, en San Isidro. La llegada fue en el Campo de Marte, donde se desarrolló la Feria Informativa de la Salud.

En esta feria, se evaluó nutricionalmente a las personas que lo desearon para descartar sobrepeso o desnutrición.

También, se enseñó a preparar alimentos saludables. Además, se efectuaron sesiones de aeróbicos, tai chi, gimnasia y show artístico.



Proyectos sobre la implementación de estilos de vida saludable



El Estilo de Vida Saludable es la manera como la gente se comporta con respecto a la exposición a factores nocivos que representan un riesgo para la salud. Incluye fundamentalmente una alimentación adecuada, a través del consumo de frutas y verduras, promoción de la actividad física para combatir el sedentarismo, control del peso, del tabaquismo y de otras adicciones, ambientes saludables en viviendas y trabajos, evitar los comportamientos

sexuales de riesgo, cuidado de la salud mental, etc.

En este marco, se ejecutaron actividades de evaluación médica integral, consejería, educación individual, talleres grupales, difusión en prensa local con alianzas estratégicas, participación comunitaria y comunicación en salud, logrando incrementar el nivel de conocimiento, la cobertura de detección de individuos en riesgo y la cobertura de detección del daño precoz.

Encuentro de adultos mayores y personas con discapacidad

Los cambios socio-demográficos que viven las sociedades, afectan directamente a los adultos mayores, pues requieren de mayores cuidados siendo éste un segmento poblacional con mayor índice de morbilidad, dependencia y discapacidad.

En este contexto, del 25 al 27 de octubre del 2007, se desarrolló el Primer Encuentro Nacional de Adultos Mayores y Personas con Discapacidad en el Parque de la Exposición, con la participación de más de 10 mil personas, el cual contó con una ExpoFeria, festival artístico, atención médica, show bailable y presentación de los servicios de la Gerencia de Prestaciones Sociales, promocionando la vida activa y la vida sana.



Evento en el Parque de la Exposición



ExpoFeria 2007

Premio Kaelin de Investigación en Salud

El concurso nacional de trabajos científicos en salud, estimula a nivel institucional la investigación científica, la conformación de equipos de investigación científica en el campo de la salud y favorece la divulgación de los trabajos de investigación.

Desde, en que se instituyó en EsSalud, permite tener un abanico de trabajos científicos en el que intervienen un buen número de hospitales de Lima y Callao y las regiones del país en proyectos de investigación clínica, médica y quirúrgica, así como operacional, como lo fue el trasplante de células madre sin necesidad de cirugía.

4 GESTIÓN Y RESULTADOS OPERACIONALES

4.1 Aseguramiento

4.1.1 Hechos relevantes

La gestión de Aseguramiento administra los seguros de salud y otros de riesgos humanos con la finalidad que el asegurado y su familia reciban atenciones con oportunidad, efectividad y calidad. Durante el año 2007 se destacaron los siguientes hechos relevantes:

- Se desarrolló el proyecto de Implementación del Sistema Nacional de Auditoría de Seguros y se conformó el equipo auditor de la Red de Aseguramiento. En el mes de Julio se ejecutó el Programa de Capacitación, con 120 participantes y, posteriormente, se realizó la capacitación virtual a 24 Redes Asistenciales.
- En este mismo proyecto se capacitaron a 90 personas de las Redes Asistenciales en el uso del Manual de Auditoría de Seguros. Se realizaron 30,982 auditorías por Redes Asistenciales a nivel nacional. En la Red Asistencial Sabogal se realizaron 122 auditorías de seguros y se ejecutó la supervisión de la implementación de la Auditoría de Seguros en 10 Redes Asistenciales a nivel nacional.
- Se elaboró la propuesta de Nueva Estructura Orgánica y Funcional de la Gerencia Central de Aseguramiento, que se aprobaría en Enero del 2008, la cual busca gestionar de una forma equiparada los roles asegurador/prestador, donde el asegurador no sólo busque ampliar la cobertura de aseguramiento, sino también gestione la implementación de mecanismos de pago al proveedor diferenciados por nivel de atención y riesgos.
- Se dio inicio al proyecto de Fortalecimiento de los Procesos de Registro y Acreditación de Asegurados, el cual busca garantizar la unicidad de registros dentro del padrón de asegurados. Para ello, se aprobó y firmó el Convenio de Cooperación Interinstitucional entre RENIEC y EsSalud, el cual permitirá que más de 2 millones de asegurados menores de edad (titulares y derechohabientes) cuenten al cierre del año 2008 con el documento de identidad personal único que no sólo garantice su correcta identificación, sino que, principalmente, evite la existencia de actos de suplantación
- Aprobación de la Ley N° 29135, que redujo la comisión de la SUNAT de 2% a 1.4% a partir de 01.01.2008, estableció que EsSalud reasumiría las funciones de verificación de la condición de aseguramiento y establecería sanciones para las afiliaciones y prestaciones indebidas.
- Aprobación del Decreto Supremo N° 025-TR-2007, el cual establece la continuidad en el goce de las prestaciones para cuando un asegurado derechohabiente adquiere la condición de asegurado titular y para cuando un asegurado titular se traslada a otro seguro también administrado por EsSalud.

Asimismo, establece algunas precisiones al proceso de registro de los Trabajadores del Hogar.

- La necesidad de rediseñar la identidad corporativa del Rol Asegurador conllevó a crear marcas comerciales debidamente registradas ante INDECOPI, las cuales conjuntamente con acciones que permitan posicionar los productos de seguros a través de las entidades empleadoras, vienen induciendo a la población asegurada a conocer cada vez más de las características de los mismos.

+ Seguro Seguro Integral



+ Salud Seguro Polivalente



+ Vida
Seguro de Accidentes



+ Protección
Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo



4.1.2 Resultados

Evolución y composición de la población asegurada

Al cierre del ejercicio 2007 EsSalud da cobertura a cerca de 6.8 millones de asegurados, los cuales se determinan en función de las declaraciones de los empleadores a SUNAT. Respecto al año 2006 la población de asegurados creció en 5.4%. Se aprecia un aumento de 5.8% de los regulares, de 8.4% de los agrarios y una importante disminución, de 35.1%, de los asegurados potestativos. Esta última, por el cierre de los ex regímenes especiales y el traslado voluntario a los Planes de Protección Total, con cobertura del 100%, dirigidos a personas desde 56 años y Protección Vital con una cobertura parcial para menores de 56 años. Asimismo, por la desactivación de los seguros EsSalud Personal – Familiar y EsSalud Independiente, productos que en la actualidad ya no son ofertados por EsSalud y cuya siniestralidad no permite dar sostenibilidad al producto.

TIPO DE SEGURO	2006	2007	Variación
01 ASEGURADOS REGULARES	6,050,965	6,399,727	5.8%
TRABAJADOR ACTIVO	4,882,986	5,226,709	
PENSIONISTA	1,078,361	1,074,999	
TRABAJADOR DEL HOGAR	54,089	54,005	
PESCADOR ARTESANAL	2,957	3,657	
TRAB. ACT DE LA CBSSP	8,737	10,148	
TRAB. PENS. DE LA CBSSP	21,288	24,611	
PENSIONISTA EN TRAMITE	2,547	5,598	
02 ASEGURADOS AGRARIOS	320,218	346,984	8.4%
AGRARIO DEPENDIENTE	276,139	302,465	
AGRARIO INDEPENDIENTE	44,079	44,519	
03 SEGUROS POTESTATIVOS	70,706	45,894	-35.1%
ESSALUD PERSONAL -FAMILIAR	33,344	14,572	
NUEVO SEGURO POTESTATIVO	36,601	30,901	
ESSALUD INDEPENDIENTE	761	421	
TOTAL DE ASEGURADOS	6,441,889	6,792,605	5.4%

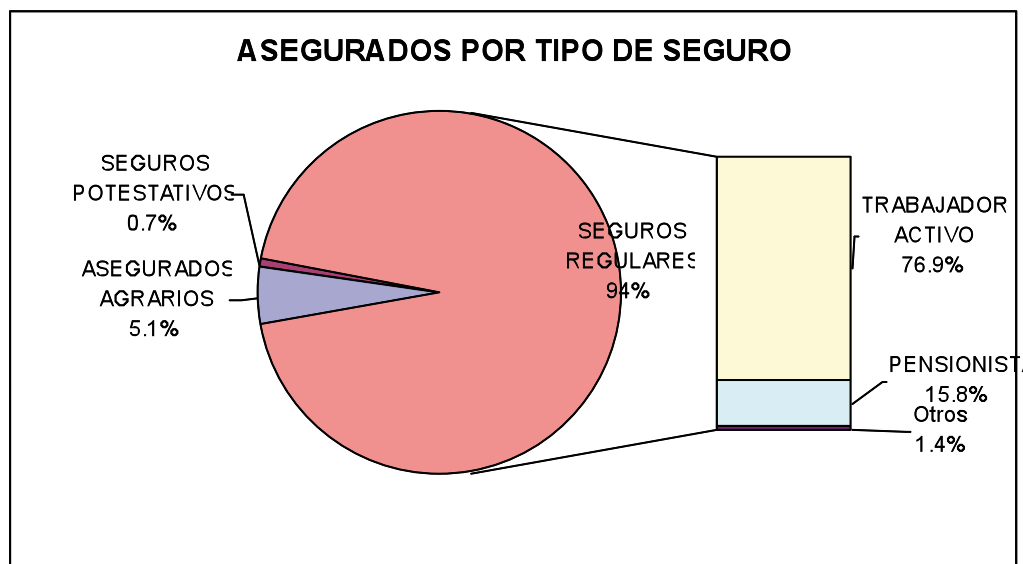
Fuente: Gerencia Central de Aseguramiento
Elaboración: OCPD

Los asegurados regulares, que abarcan a los trabajadores del sector formal y sus derechohabientes, constituyen el 94.2% del total. Los asegurados agrarios son el 5.1% y los asegurados potestativos llegan al 0.7% del total. Una composición bastante similar se observó al cierre del ejercicio 2006.

TIPO DE SEGURO	POBLACION	%PARTICIPACIÓN DEL TOTAL ASEGURADO	TITULAR	DERECHOHABIENTE	%PARTICIPACIÓN DEL TITULAR
ASEGURADOS REGULARES					
TRabajador Activo	5,226,709	76.9%	2,650,124	2,576,585	
Pensionista	1,074,999	15.8%	766,227	308,772	
TRabajador del Hogar	54,005	0.8%	33,307	20,698	
Pescador Artesanal	3,657	0.1%	1,388	2,269	
TRabajador de la CBSSP	10,148	0.1%	6,405	3,743	
Pensionista de la CBSSP	24,611	0.4%	10,363	14,248	
Pensionista en Trámite	5,598	0.1%	4,217	1,381	
	6,399,727	94.2%	3,472,031	2,927,696	54%
ASEGURADOS AGRARIOS					
AGRARIO INDEPENDIENTE	44,519	0.7%	26,814	17,705	
AGRARIO DEPENDIENTE	302,465	4.5%	175,369	127,096	
	346,984	5.1%	202,183	144,801	58%
SEGUROS POTESTATIVOS					
ESSALUD PERSONAL - FAMILIAR	14,572	0.2%	12,300	2,272	
NUEVO SEGURO POTESTATIVO	30,901	0.5%	27,857	3,044	
ESSALUD INDEPENDIENTE	421	0.0%	421		
	45,894	0.7%	40,578	5,316	88%
TOTAL	6,792,605	100.0%	3,714,792	3,077,813	55%

Fuente: Gerencia Central de Aseguramiento
Elaboración: OCPD

Al examinar en detalle la composición de la población asegurada regular se observa que el 76.9% (respecto del total de asegurados) son trabajadores activos, los pensionistas constituyen el 15.8%, y los otros componentes son aproximadamente el 1.4%.

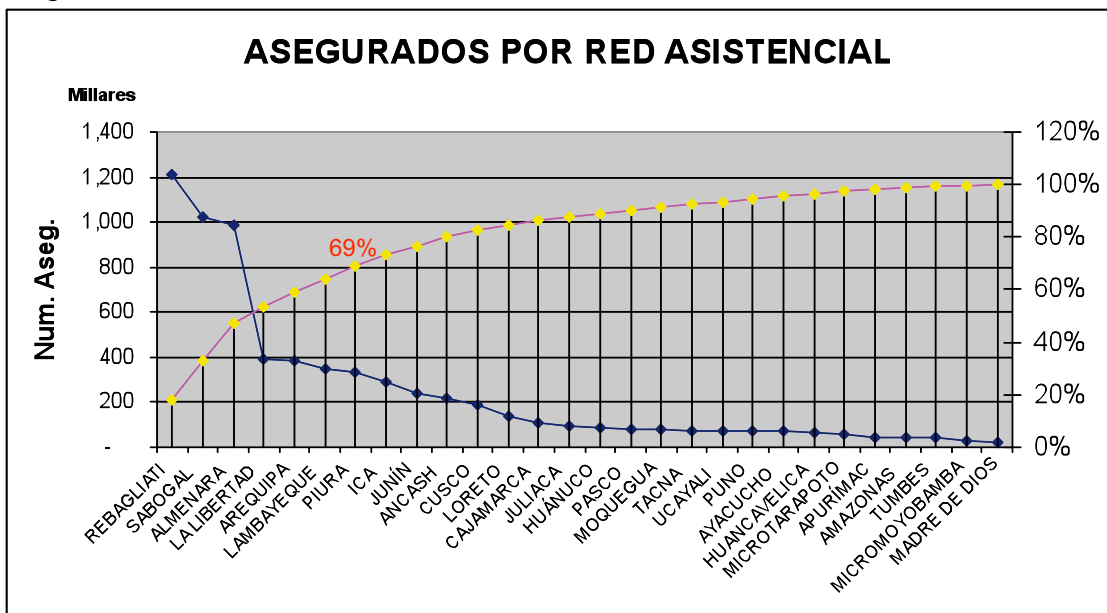


Fuente: Gerencia Central de Aseguramiento
Elaboración: OCPD

Por otro lado, es importante señalar que los titulares (aportantes) de nuestros seguros constituyen el 55% del total de asegurados, siendo el 45% restante atribuido a los derechohabientes.

Población asegurada por redes asistenciales

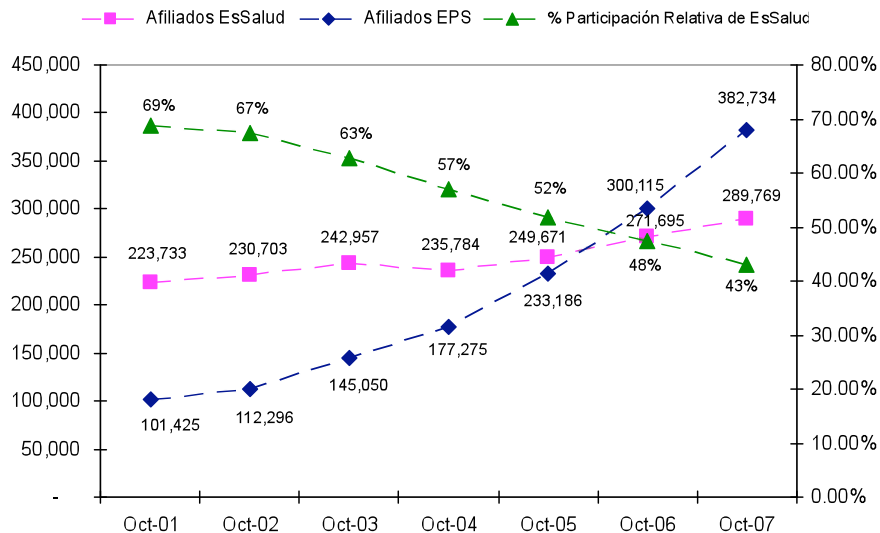
En el departamento de Lima se encuentra la mitad de la población asegurada, y a continuación -aunque con proporciones de población bastante menores que Lima - se hallan los departamentos de La Libertad (5.8%), Arequipa (5.6%), Lambayeque (5.2%) y Piura (4.9%). En estos 5 departamentos de la costa se encuentra el 69 % del total de asegurados.



Fuente: Gerencia Central de Aseguramiento
Elaboración: Oficina Central de Planificación y Desarrollo

Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo

EsSalud también administra este seguro, no obstante ser su participación relativamente pequeña, es importante conocer su comportamiento. En el período 2001-2007 se aprecia una disminución relativa de los asegurados al Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo en EsSalud respecto a los inscritos en la Entidades Prestadoras de Salud, a pesar de un aumento moderado de los inscritos en EsSalud. Se estima que el menor costo que ofrecen las EPS es la razón principal de la tendencia señalada.

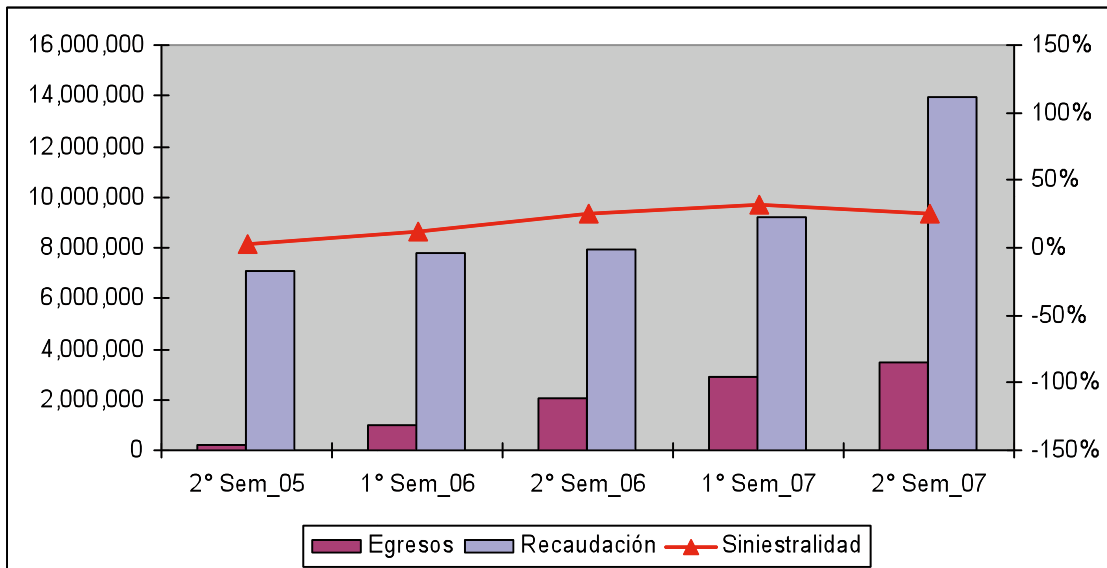


Fuente: Gerencia Central de Aseguramiento
Elaboración: Oficina Central de Planificación y Desarrollo

+Vida Seguro de accidentes

Seguro complementario y opcional de accidentes personales que administra EsSalud, el cual actualmente da cobertura a un aproximado de más de 450 mil personas.

La siniestralidad promedio fluctúa alrededor de 21% con un mínimo de 3% y un máximo de 32%. Cabe señalar que en el último semestre del año se nota un crecimiento de la recaudación debido a un incremento de la prima (de S/. 3 a S/. 5) en su relanzamiento en el mes de mayo del 2007.



Fuente: Gerencia Central de Aseguramiento
Elaboración: Oficina Central de Planificación y Desarrollo

4.2 Financiamiento

Hechos relevantes

1. Con el propósito de mejorar la prestación asistencial a los asegurados, se ha dispuesto diversas medidas para desconcentrar atribuciones e incrementar recursos presupuestarios. Se exponen las principales medidas aplicadas en el 2007:

- Se ha desconcentrado los niveles de aprobación y ejecución de parte del presupuesto de gastos de capital para la adquisición de equipamiento asistencial, equipamiento informático y acondicionamiento de infraestructura de carácter prioritario cuyo tratamiento no corresponda a proyectos de inversión.

En el presente periodo se incrementó en un 627% la ejecución del rubro Gastos de Capital respecto al año 2006, incidiendo principalmente en la adquisición de equipamiento hospitalario y de Alta Tecnología para las Redes Asistenciales.

- Se ha autorizado la utilización del 100% de los ingresos propios generados por las Redes Asistenciales, Institutos y Centros Especializados para la adquisición y mantenimiento de equipos, mejoramiento de la infraestructura asistencial, compra de bienes estratégicos, así como para la capacitación e investigación científica asistencial, entre otros.
2. Respecto de la Administración eficiente de los recursos institucionales, se implementaron medidas relevantes, que permitieron el incremento de la rentabilidad de los ingresos institucionales, situación que coadyuvará a mejorar las prestaciones de salud que se brindan a los asegurados y derechohabientes.

- Se creó la Gerencia de Inversiones Financieras, con la finalidad de optimizar la administración de las Inversiones Financieras de EsSalud. Durante el año 2007, el fondo administrado por la Gerencia de Inversiones Financieras alcanzó una rentabilidad de 9.18%. Se redujo las cuentas por cobrar (principalmente por Banca en Liquidación) en S/. 15.10 MM. Las acciones adoptadas han contribuido a mejorar los ingresos financieros, lo que permitió financiar parte de los gastos operativos y de capital institucionales del año.
- Simplificación administrativa, a través de la implementación del plazo de 24 horas para la habilitación presupuestal a las Redes Asistenciales, lo cual ha permitido realizar adquisiciones de manera eficaz y oportuna.
- Ampliación del pago por prestaciones económicas a localidades donde el Banco de la Nación es banca exclusiva, a través de la Banca Electrónica, permitiendo que los beneficiarios puedan cobrar el subsidio directamente en el Banco, automatizando de esta manera la totalidad del pago de las prestaciones económicas y eliminando varios procesos operativos por parte de la Institución a nivel nacional, lo cual redundará en un mejor servicio a nuestros Asegurados.
- Con la finalidad de mejorar l

- a eficiencia, se logró implementar el Sistema de Banca Electrónica hasta en 13 Redes Asistenciales, estando pendiente la diferencia para el año 2008. De esta manera se obtiene un control eficaz de los saldos en las cuentas y los pagos que se efectuaron de manera directa.
- Se gestionó ante el MEF la cobranza de las deudas tributarias obteniéndose resultados favorables en los ingresos de EsSalud los cuales ascendieron a S/. 265.7 millones.
- Se transfirió a la SUNAT el 100% de la deuda tributaria exigible, dando cumplimiento a lo dispuesto en el D.S. 039-2001-EF, de esta manera, la SUNAT se encuentra expedita para iniciar las acciones de cobranza que la ley le faculta para recuperar los adeudos transferidos (aportaciones), los cuales se revertirán a través de los ingresos generados por recuperación de deuda.
- Se impulsó la recuperación de la deuda no tributaria de naturaleza publica, promulgándose en el año 2007, de manera excepcional, normas sobre facilidades de pago, lo que permitió comprometer deuda por 13.47 Millones.

Resultados

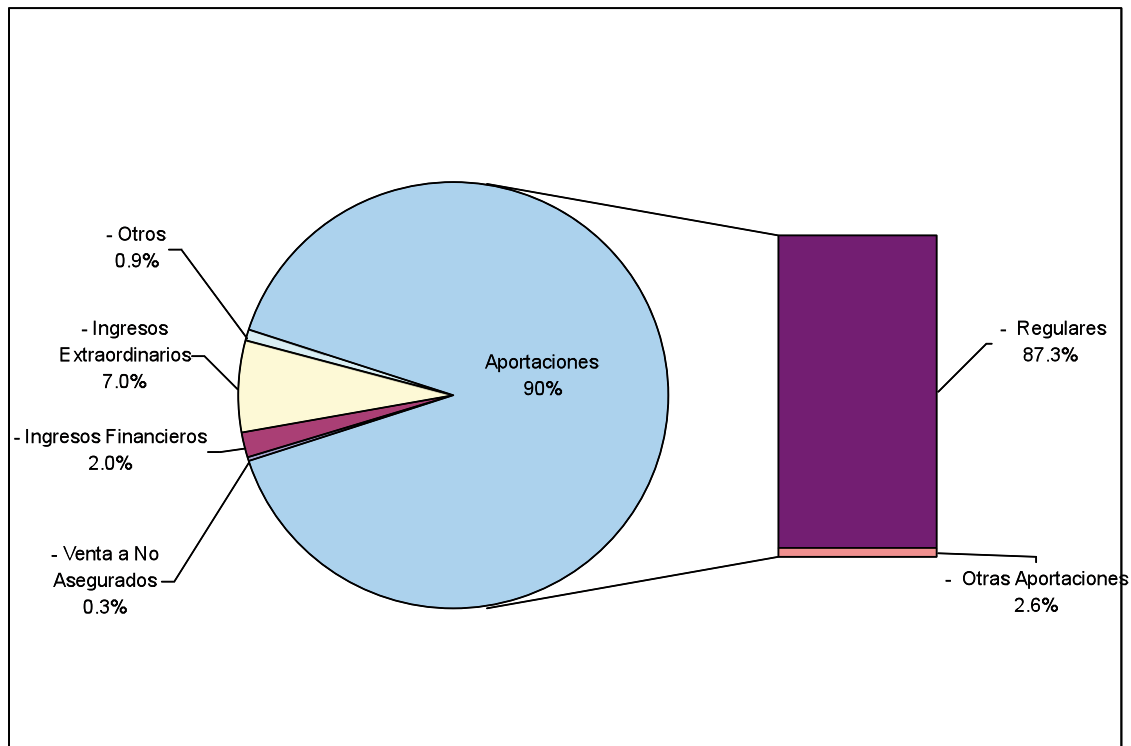
Evolución y composición de los ingresos

Al comparar la evolución de los ingresos totales en términos nominales respecto al año anterior se observa que han crecido en 11.2%, de 4,192 millones de nuevos soles a 4,661 millones; debido principalmente a la incidencia que ha tenido el incremento del número de trabajadores del sector formal y privado (crecimiento de 8.3% del empleo formal de empresas privadas de 10 a más trabajadores, incidiendo en la población aportante con una variación positiva del 5.3% equivalente a 173 mil asegurados), así como a la liquidez que han obtenido las empresas, lo cual ha permitido honrar sus obligaciones.

Concepto	2006	2007	Variación 2006-2007
- Aportaciones	3,739,403,586	4,189,082,403	12.0%
- Venta a No Asegurados	13,171,351	11,879,698	-9.81%
- Ingresos Financieros	85,472,507	93,131,233	9.0%
- Ingresos Extraordinarios	315,151,191	327,047,458	3.8%
- Otros	38,732,744	39,785,697	2.7%
Total Ingresos	4,191,931,379	4,660,926,489	11.2%

Fuente: Información de Evaluación Presupuestaria 2007 – Gerencia Central de Finanzas
Elaboración: OCPD

Los ingresos institucionales para el año 2007, ascendieron a un monto de S/. 4,661 millones, de los cuales el 89.9% provienen de las aportaciones, el 7% corresponde a los ingresos extraordinarios, el 2% a los ingresos financieros y el 0.9% a otros (venta de bases, multas, ejecución de fianzas y servicios a la ONP).



Fuente: Información de Evaluación Presupuestaria 2007 – Gerencia Central de Finanzas
Elaboración: OCPD

Los aportes, a su vez, se componen de los aportes regulares (87.3% respecto del total de ingresos) y otros aportes (2.6% respecto del total de ingresos) – principalmente Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo.

Evolución y composición de los egresos totales

Los egresos totales de la Entidad, durante el ejercicio 2007, ascendieron a 4,416 millones de soles, cifra superior a los 4,039 millones de nuevos soles registrados en el ejercicio anterior.

El incremento más notorio se ha realizado en los Gastos de Capital (incremento de 257 millones de nuevos soles ó 627%) debido al impulso sostenido en este campo realizado por la actual administración.

Otro rubro que se ha incrementado de modo importante (10.4%) es el Suministro de Bienes lo cual se atribuye a la mayor adquisición de medicinas y material médico para la atención de la creciente demanda de la red asistencial, producto de la puesta en marcha del Programa de Emergencia y Desembalse.

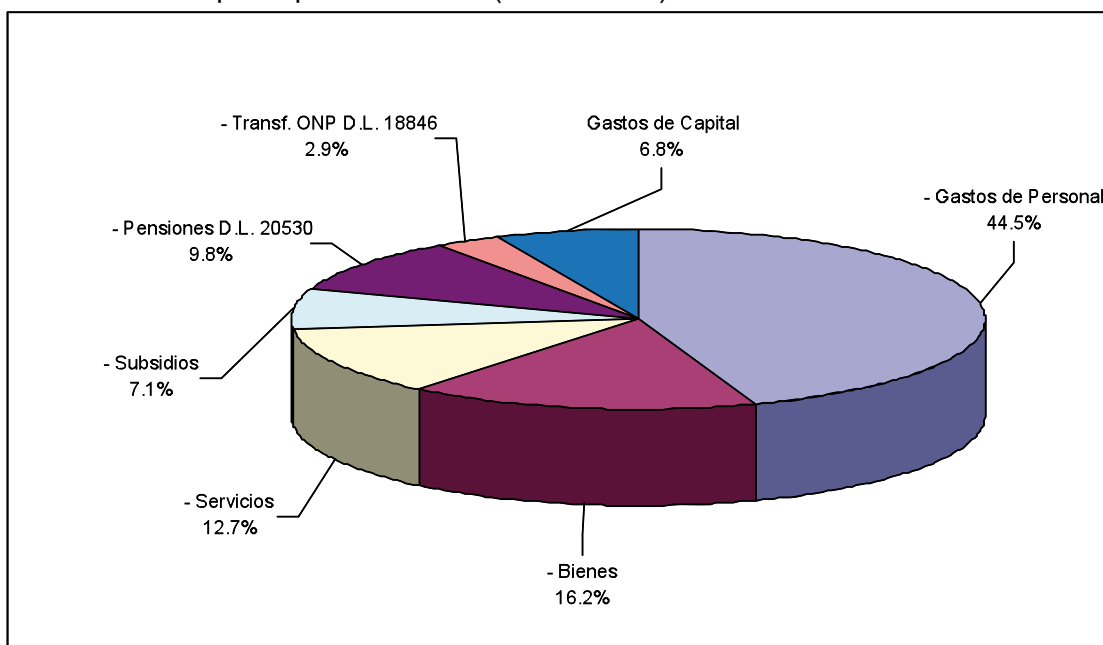
El rubro Pensiones, D.L. 20530, ha tenido también un crecimiento relevante (9.5%) debido principalmente al pago de devengados por nivelación de pensiones.

Finalmente, el rubro subsidios muestra un descenso apreciable (-21.1%) en comparación con la ejecución del ejercicio 2006 explicado por el pago extraordinario efectuado al Ministerio de Economía y Finanzas en el mes de julio de 2006, por adeudos de subsidios provenientes de ejercicios anteriores, pagados en el marco del Decreto de Urgencia N° 015-2006.

Concepto	2006	2007	Variación 2006-2007
Gastos Operativos			
- Gastos de Personal	1,873,437,574	1,964,280,009	4.8%
- Bienes	650,022,075	717,538,979	10.4%
- Servicios	552,404,078	561,313,632	1.6%
- Subsidios	397,000,099	313,190,717	-21.1%
- Pensiones D.L. 20530	395,397,390	432,866,124	9.5%
- Transf. ONP D.L. 18846	129,820,829	128,373,855	-1.1%
Total Gastos Operat.	3,998,082,045	4,117,563,316	3.0%
Gastos de Capital	41,015,481	298,296,801	627.3%
Total Egresos	4,039,097,526	4,415,860,117	9.3%

Fuente: Información de Evaluación Presupuestaria 2007
Elaboración: OCPD

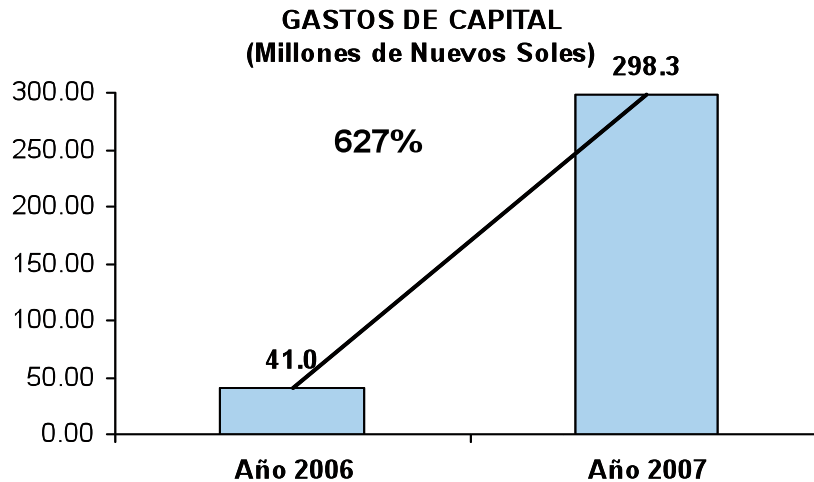
Como se puede apreciar en el siguiente gráfico, los principales componentes del egreso de nuestra Entidad son los gastos de personal (44.5%), gastos en bienes (16.2%) y gastos en servicios (12.7%). La composición por rubro de gasto es similar a ejercicio anteriores a excepción de los gastos de capital que sufre un incremento sustancial en su participación relativa (de 1 a 6.8%)



Fuente: Información de Evaluación Presupuestaria 2007
Elaboración: OCPD

Evolución y composición de los gastos de capital

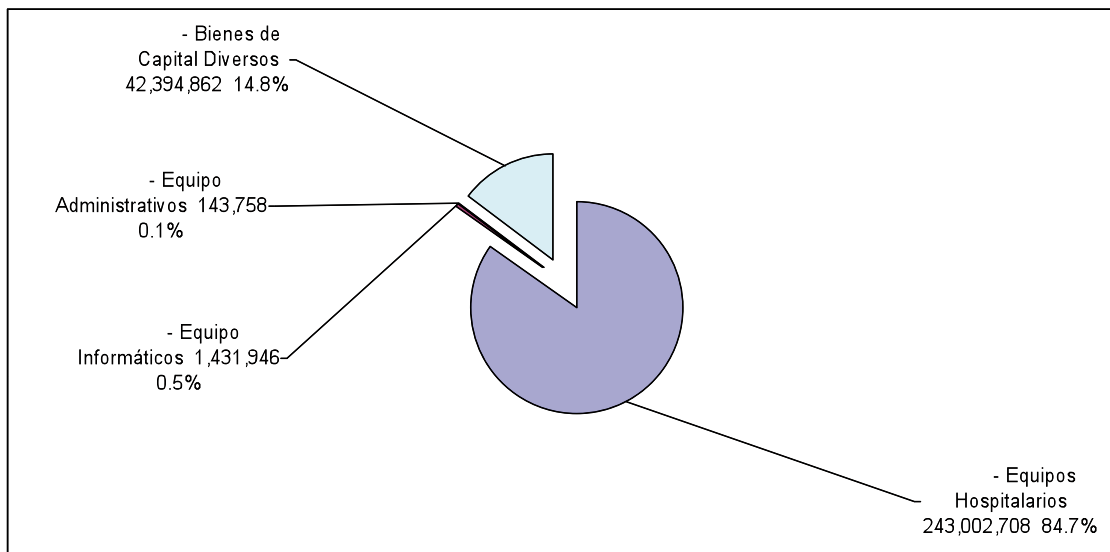
Los gastos de capital al cierre del año 2007 ascendieron a S/. 298 millones de nuevos soles, respecto al año anterior muestra un incremento de 627.3%. Este incremento sustancial es debido a una mayor inversión en Equipos No Ligados y Ligados a Proyectos de Inversión, así como, los Estudios Definitivos de Proyectos de Inversión.



Fuente: Informe de Evaluación Presupuestaria Anual 2007

Elaboración: OCPD

En el año 2007 se gastó la suma de S/. 287 millones de nuevos soles en la compra de Equipos, que representó el 96.2% del total de egresos por el concepto de inversiones de capital, de los cuales el 84.68% correspondió a Equipos Hospitalarios, el 0.5% correspondió a Equipos Informáticos, el 0.05% a Equipos Administrativos y el 14.77% a Bienes de Capital Diversos.



Fuente: Información de Evaluación Presupuestaria 2007

Elaboración: OCPD

4.3 Prestaciones de Salud

Hechos relevantes

La Gestión de Prestaciones de Salud se orienta a brindar prestaciones válidas a los asegurados, es decir, oportunas y en cantidad y calidad adecuadas, cumpliendo con los estándares y criterios preestablecidos por el sistema de aseguramiento. Durante el año 2007 se han desarrollado los siguientes hechos relevantes:

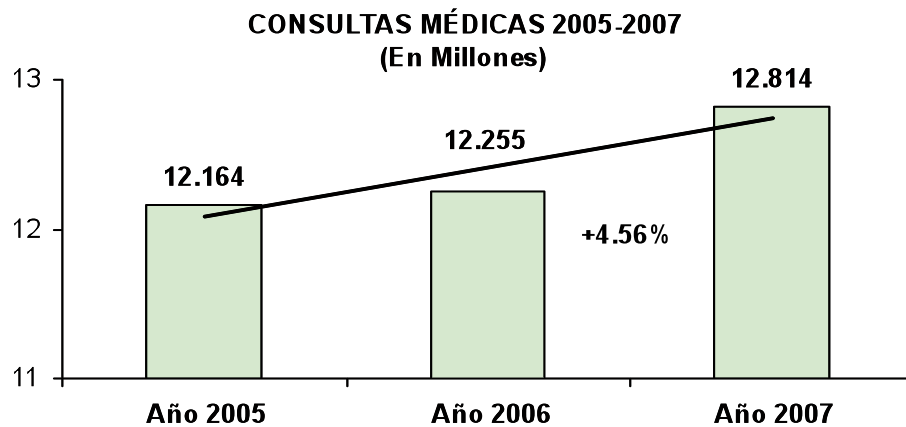
- Elaboración del Documento Técnico “Definición, características y funciones de los centros asistenciales del Primer Nivel de Atención de EsSalud”; “Norma Técnica de estandarización del equipamiento médico básico para los CAS del Primer Nivel de Atención” y de “Recategorización de los CAS del Primer Nivel de Atención”. Todos ellos fueron aprobados.
- Creación e Implementación de Unidades Básicas de Atención Primaria (UBAPs), se inauguraron las UBAPs de Los Olivos. Se llevó a cabo el Curso Internacional de Atención Primaria y cursos de atención primaria a nivel descentralizado.
- Creación de Redes Funcionales de Apoyo al Diagnóstico; se elaboraron los flujos de atención de los 6 cánceres priorizados y se formaron las Unidades Oncológicas tipo 2 en 5 Hospitales Nacionales y en el Hospital IV Huancayo.
- Ejecución del Proyecto Piloto Red Oftalmológica en 8 Redes del Norte, se ha capacitado a personal de Oftalmología y se ha operado a 151 pacientes de cataratas con el apoyo de la Fundación Oftalmológica del Norte. Se ha elaborado el Plan Nacional de Ceguera que se aplicará en el 2008.
- Diseño y elaboración del “Manual para el Multidrogorresistente” que permitirá unificar los criterios de intervención por el Comité Nacional del Programa de Control de Tuberculosis
- Implementación de la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC) en 30 CAS seleccionados a nivel nacional. Capacitación a 300 Agentes Comunitarios de RBC y 245 profesionales de la salud.
- Difusión de la Directiva Sanitaria: “Requisitos Mínimos para la Obtención de la Autorización Sanitaria de Funcionamiento de los Centros de Hemoterapia y Bancos de Sangre” y se ha logrado el registro formal de 46 Bancos de Sangre de EsSalud a nivel nacional
- Elaboración y aprobación de la Norma que establece la Estandarización de Equipamiento Médico Básico para la ampliación de la oferta asistencial y mejoramiento de la oportunidad del diagnóstico.
- Elaboración y aprobación de la “Norma para la Programación de Requerimiento de Medicamentos en EsSalud” que permite que las Redes puedan establecer adecuadamente sus requerimientos de medicamentos sobre bases epidemiológicas con un sistema de información integrado al Sistema de Gestión Hospitalaria.
- Implementación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública e Inteligencia Sanitaria para la evaluación de la situación de salud de la población asegurada en 28 Redes Asistenciales.
- Realización del Estudio de Carga de Enfermedad en la Población Asegurada 2006 y se determinaron las Prioridades Sanitarias para el período 2008-2011: Diabetes Mellitus, Enfermedades Cardiovasculares, Enfermedades Oncológicas, Enfermedad Renal Crónica y Ceguera.
- Formulación y aprobación de los Acuerdos de Gestión para 28 Redes Asistenciales y 2 Institutos Especializados, con el consiguiente compromiso de los Gerentes y Directores de las Redes.

- Desarrollo de Auditorías de Validación Prestacional a 23 Centros Asistenciales de 19 Redes, lográndose una disminución de un 15% de las distorsiones en la atención de los asegurados en los centros intervenidos.

Resultados

Consulta Médica

En el año 2007 se realizaron un total de 12'814,078¹ consultas médicas, produciéndose 558 mil 838 atenciones adicionales (4.56%) respecto a las 12'255,240 desarrolladas en el 2006.



Fuente: SGIG - GPC - OCPD

Elaboración: SGPE - GPC - OCPD

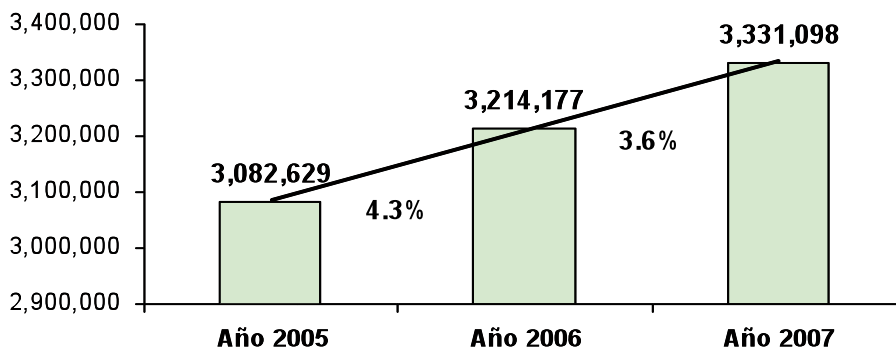
Atenciones de emergencia

En el 2007 se prestaron 3'331,098 atenciones de emergencia, 3.6% más que en el 2006, cuando hubo 3'214,177 atenciones. Las atenciones de emergencia de prioridad I y II (las más especializadas y de mayor gravedad) sumadas se incrementaron en 14.47% en el 2007.

¹ No considera atenciones de Hospital Perú



TOTAL DE EMERGENCIA



Fuente: SGIG - GPC - OCPD

Elaboración: SGPE - GPC - OCPD



EMERGENCIAS PRIORIDADES I y II

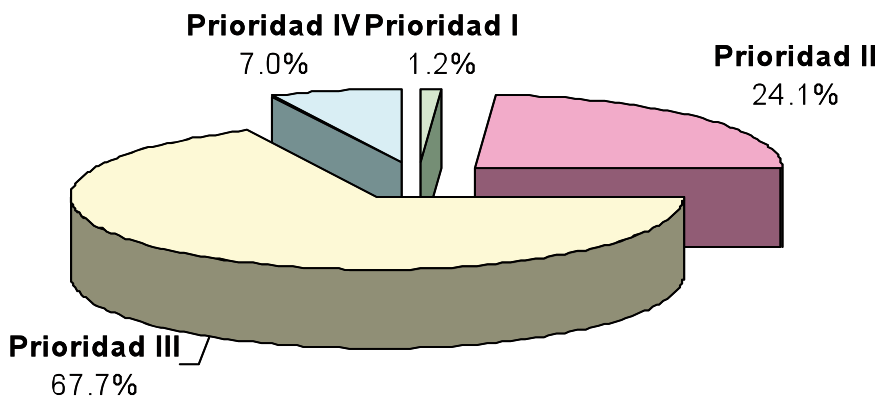
	2,006	2,007
PRIOR. I y II	735,661	842,141
TOTAL EMG	3,214,177	3,331,098
PRIOR. I + II (%)	22.89%	25.28%

Fuente: SGIG - GPC - OCPD

Elaboración: SGPE - GPC - OCPD

En cuanto a la composición de las atenciones de emergencia según prioridad, es también importante anotar que las atenciones de prioridad I y II –las de mayor riesgo y especialización- tuvieron, en conjunto, un incremento del 2.39% en la composición respecto al año previo (de 22.89% en el 2006 a 25.28% en el 2007).

COMPOSICIÓN DE LAS EMERGENCIAS 2007

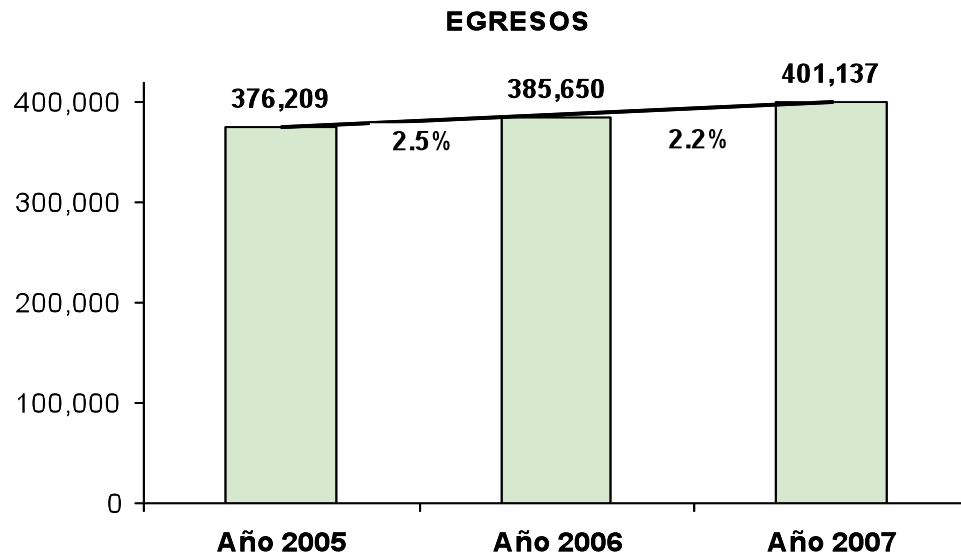


Fuente: SGIG - GPC - OCPD

Elaboración: SGPE - GPC - OCPD

Egresos Hospitalarios

Hubo un incremento de 2.2% en los egresos hospitalarios en el 2007 respecto al año anterior, lo que significó un total de 15 mil 487 hospitalizaciones adicionales en el año que acaba de terminar.



Fuente: SGIG - GPC - OCPD

Elaboración: SGPE - GPC - OCPD

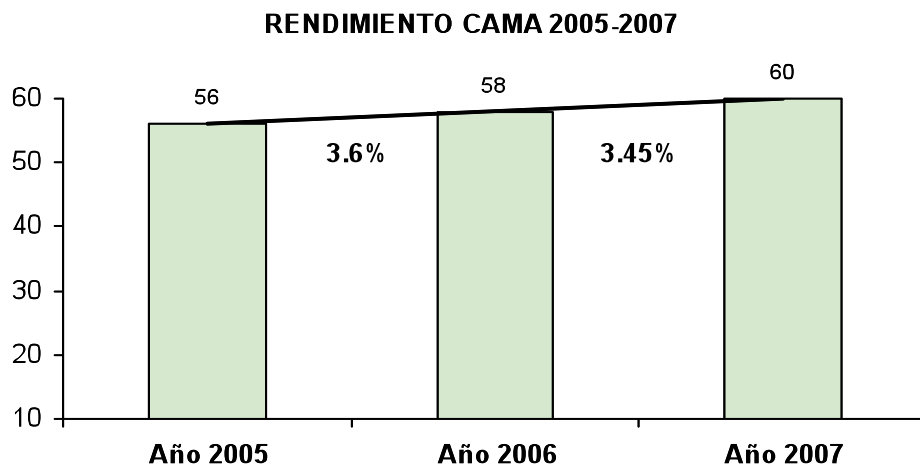
El indicador promedio de días estancia o promedio de permanencia, expresa el promedio de días que los pacientes estuvieron hospitalizados. Así, el indicador mide qué tan eficientemente se ha utilizado el recurso cama hospitalaria. La gestión de las camas hospitalarias en el 2007 fue 1.74% ($[5.84-5.74]/5.74$) más eficiente que en el año 2006. La menor permanencia de un paciente en una cama, permite que la misma sea utilizada por un mayor número de pacientes.

Fuente: SGIG - GPC - OCPD

Elaboración: SGPE - GPC - OCPD

El indicador Rendimiento-Cama mide el promedio de pacientes que ocuparon una cama hospitalaria durante el año. Guarda una relación inversa con el promedio de permanencia y con el intervalo de sustitución, pues a menor permanencia en una cama hospitalaria, hay mayor rendimiento en dicha cama, siempre y cuando el intervalo de sustitución no varíe, pues si se incrementa, el rendimiento baja y viceversa.

En el gráfico que se presenta a continuación, se observa que hubo un crecimiento del 3.45% del rendimiento cama en el 2007, respecto al 2006, año en que hubo, en promedio, 58 pacientes hospitalizados en una cama, mientras que la cifra ascendió a 60 en el 2007. Lo que indica que las camas hospitalarias fueron mejor aprovechadas, en tanto recurso, en el 2007 que en el 2006.



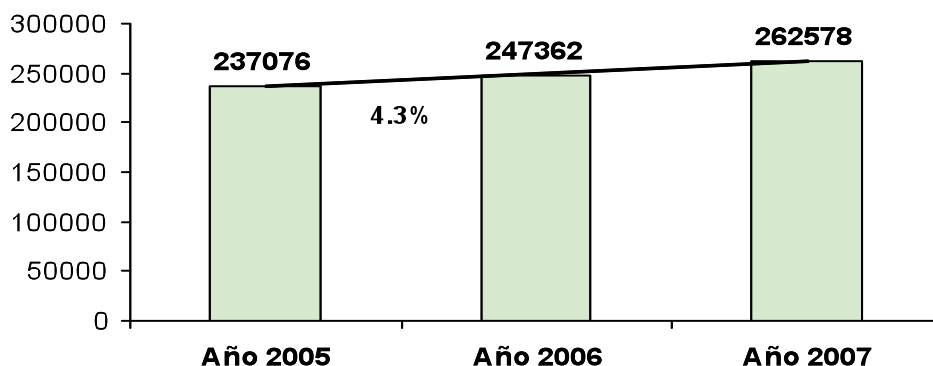
Fuente: SGIG - GPC - OCPD

Elaboración: SGPE - GPC - OCPD

Intervenciones Quirúrgicas

Al igual que en el caso de las atenciones de emergencia, en las intervenciones quirúrgicas se produjo un incremento de 6.2% en el presente año respecto al año previo, lo que significó 15 mil 216 operaciones más en el 2007. Se realizaron 247 mil intervenciones en el 2006 y 262 mil en el 2007.

TOTAL DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS



Fuente: SGIG - GPC - OCPD

Elaboración: SGPE - GPC - OCPD

Al examinar las intervenciones quirúrgicas realizadas en el 2007 por tipo de operación, según su complejidad y requerimiento, se ve que en el 2007 hubo mayor proporción de cirugías que en el 2006 en los 5 tipos de intervenciones en los que son clasificadas institucionalmente. Así, en los gráficos que se presentan a continuación, se observa que las Cirugías Mayores de Alta Complejidad (Tipo A) presentaron un aumento de 15.3%, las Cirugías Mayores de Mediana Complejidad (Tipo B) 8.6%, las Cirugías Mayores de Baja Complejidad (Tipo C) 5.8%. Las Cirugías Menores de Alto Requerimiento (Tipo D) sólo aumentaron en 1.7% y las Cirugías Menores de Bajo Requerimiento (Tipo E) presentaron un incremento de 5.9%.

El mayor aumento se dio en las Cirugías Tipo A (15.3%) y Tipo B (8.6%), lo cual, unido al aumento de los Tipos C, D y E, ha contribuido a reducir el embalse de intervenciones quirúrgicas.

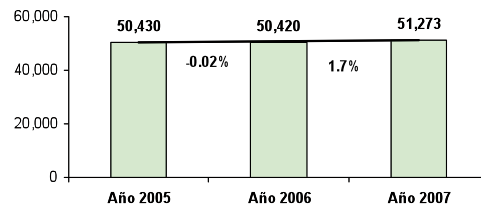
8.6%

Fuente: SGIG - GPC - OCPD
Elaboración: SGPE - GPC - OCPD

Fuente: SGIG - GPC - OCPD
Elaboración: SGPE - GPC - OCPD

D - CIRUGÍA MENOR DE ALTO REQUERIMIENTO

5.8%



Fuente: SGIG - GPC - OCPD
Elaboración: SGPE - GPC - OCPD

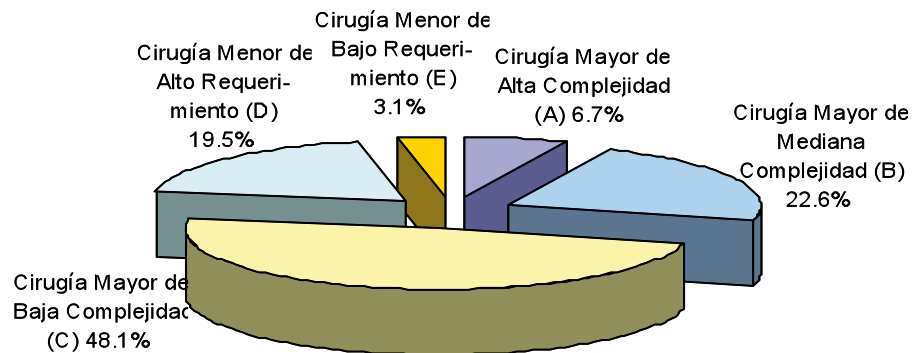
Fuente: SGIG - GPC - OCPD
Elaboración: SGPE - GPC - OCPD

5.9%

Fuente: SGIG - GPC - OCPD
Elaboración: SGPE - GPC - OCPD

Los 5 tipos de operaciones mencionados, se muestran en el gráfico siguiente (pie o torta) según su distribución: las Cirugías Mayores de Baja Complejidad (C) constituyen casi la mitad del total de intervenciones quirúrgicas (48%), las Cirugías Mayores de Mediana Complejidad (B) son el 23%, las Cirugías Menores de Alto Requerimiento (D) el 19%, las Cirugías Mayores de Alta Complejidad (A) son el 7% y, finalmente, las Cirugías Menores de Bajo Requerimiento (E) el 3%.

COMPOSICIÓN DE LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS 2007



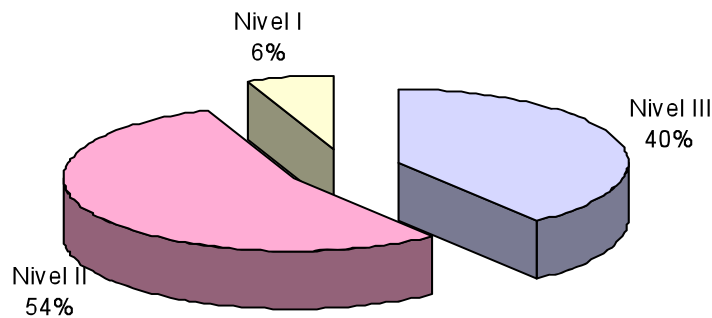
Base: 262,578 Intervenciones Quirúrgicas

Fuente: SGIG - GPC - OCPD

Elaboración: SGPE - GPC - OCPD

Si se observan las intervenciones quirúrgicas por niveles de atención, en el gráfico adjunto, se puede apreciar que la mayor parte se concentra en el Nivel II (54%) que corresponde a los Hospitales III, II y I que tienen un nivel medio y bajo de especialización. Las intervenciones quirúrgicas en el Nivel III, de alta especialización, están en segundo lugar (40%) y el Nivel I, no especializado, tienen sólo una reducida participación en el total (6%).

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS 201 POR NIVELES DE ATENCIÓN



Fuente: SGIG - GPC - OCPD

Elaboración: SGPE - GPC - OCPD

4.4 Prestaciones Económicas

4.4.1 Hechos relevantes

La gestión de las Prestaciones Económicas durante el año 2007 se ha orientado a buscar incrementar la satisfacción de los asegurados en base a una atención fluida y permanente, asimismo, viene sentando las bases para mejorar el control sobre las prestaciones económicas que otorga. Adicionalmente al aumento de las solicitudes procesadas (16%) y montos (27%) respecto al año anterior, se señalan los siguientes hechos relevantes:

- Se ha logrado reducir el tiempo promedio de pago de 64 días calendario en el año 2006 a unos 15 días en el año 2007, para la mayoría de las solicitudes presentadas (63%).
- Entre el 22 de Enero y el 17 de Febrero del 2007, se impulsó y monitoreó un Operativo a nivel nacional, con el objetivo de superar el embalse de expedientes pendientes de procesamiento al 31 de Diciembre del 2006, logrando procesar 30,741 expedientes por un monto ascendente a S/. 51'688,455.
- Durante el año 2007, en mérito a un Convenio suscrito con la Oficina de Normalización Previsional-ONP, se realizó once (11) operativos de validación y verificación de incapacidad a sus pensionistas, por este concepto, habiéndose identificado de un total de 7,872 (100%) pensionistas evaluados, a 2,761 (35%) personas que cobraban pensión sin tener incapacidad física para el trabajo. Esto permitirá iniciar acciones de recupero de las atenciones de salud brindadas indebidamente.

4.4.2 Resultados

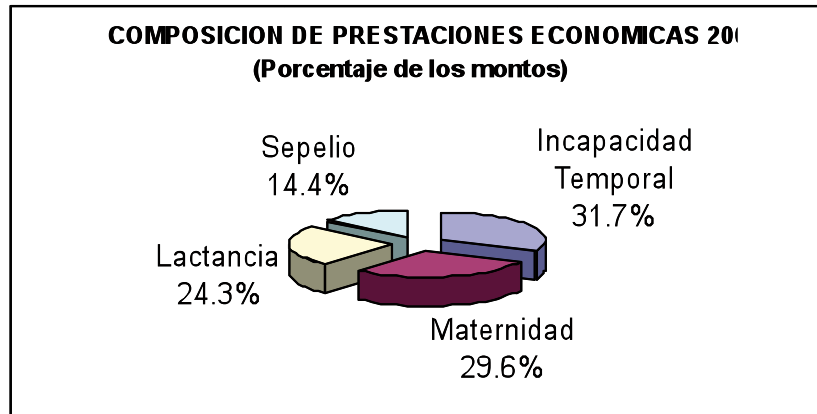
Las prestaciones económicas cubren diferentes riesgos, como enfermedad y accidente por causas laborales, así como maternidad y sepelio. El subsidio por lactancia y sepelio, se realizan como pago único a los beneficiarios de éste.

TIPO DE SUBSIDIO	TOTAL 2006			TOTAL 2007		
	TOTAL	PAGO DIRECTO	PAGO POR REEMBOLSO	TOTAL	PAGO DIRECTO	PAGO POR REEMBOLSO
TOTAL PRESTACIONES ECONÓMICAS						
SOLICITUDES PROCESADAS	212 302	134 425	77 877	247 210	170 532	76 678
DÍAS SUBSIDIADOS	3 954 441	767 580	3 186 861	4 748 683	1 550 609	3 198 074
MONTOS SUBSIDIADOS	265 799 802	136 222 037	129 577 765	338 262 637	176 033 018	162 229 619
INCAPACIDAD TEMPORAL 3/						
SOLICITUDES PROCESADAS	71 458	15 405	56 053	92 253	35 139	57 114
DÍAS SUBSIDIADOS	1 830 321	362 013	1 468 308	2 332 047	821 059	1 510 988
MONTOS SUBSIDIADOS 4/	73 133 266	10 612 545	62 520 721	107 290 189	24 531 478	82 758 711
MATERNIDAD						
SOLICITUDES PROCESADAS	28 817	6 993	21 824	30 872	11 308	19 564
DÍAS SUBSIDIADOS	2 124 120	405 567	1 718 553	2 416 636	729 550	1 687 086
MONTOS SUBSIDIADOS 4/	78 575 436	11 518 392	67 057 044	100 217 407	20 746 499	79 470 908
LACTANCIA						
SOLICITUDES PROCESADAS	93 401	93 401	-	100 118	100 118	
MONTOS SUBSIDIADOS 4/	76 429 843	76 429 843	-	82 075 235	82 075 235	
SEPELIO						
SOLICITUDES PROCESADAS	18 626	18 626	-	23 967	23 967	
MONTOS SUBSIDIADOS 4/	37 661 258	37 661 258	-	48 679 807	48 679 807	
1/ Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud.						
2/ Seguro de Salud para los trabajadores de la actividad agraria.						
3/ Comprende los riesgos de enfermedad y accidentes comunes, accidentes de trabajo y enfermedad profesional.						
4/ Montos emitidos en Nuevos Soles.						
Fuente: Sub Gerencia de Prestaciones Económicas - GCPEyS						

El crecimiento del gasto procesado de prestaciones económicas fue de 27% con respecto al año anterior (S/. 72 millones adicionales), según datos de la Gerencia Central de Prestaciones Económicas y Sociales. Este incremento no considera el pago extraordinario efectuado el año 2006 al MEF por adeudos de subsidios a las unidades ejecutoras del sector público (del año 1997 al año 2006) en el marco del Decreto de Urgencia N° 015-2006.

El gasto por concepto de subsidio por incapacidad temporal para el trabajo se incrementó en S/. 34 millones de nuevos soles con respecto al 2006 y el gasto por el concepto de subsidio de maternidad se incrementó en S/. 22 millones, el subsidio de lactancia y la prestación por sepelio aumentaron con respecto al 2006 en S/. 6 y 11 millones de nuevos soles respectivamente.

En el siguiente gráfico se muestra la composición porcentual de las prestaciones económicas procesadas en el 2007. Respecto de ejercicios anteriores, la participación de la Incapacidad Temporal ha crecido respecto del conjunto, de 27.5% en el 2006 a 31.7% en el 2007.



Fuente: Sub Gerencia de Prestaciones Económicas
Elaboración: Propia

4.5 Prestaciones Sociales

Hechos relevantes

La gestión de Prestaciones Sociales busca mejorar la calidad de vida de los asegurados adulto mayores y con discapacidad así como su integración socio laboral en los casos requeridos. En el año 2007 se destacan como hechos relevantes:

- Creación del CAM Villa María del Triunfo, lo que significa la ampliación de cobertura con servicios gerontológicos sociales aproximadamente a 4,000 adultos mayores asegurados de zonas urbano marginales de Lima.
- Creación de 15 Unidades Básicas de Rehabilitación Profesional en Amazonas, Apurímac, Huancavelica, Huánuco, Ica, La Libertad, Loreto, Madre de Dios, Moquegua, Pasco, San Martín, Tacna y Tumbes. Se amplían los servicios de rehabilitación profesional en regiones con mayor concentración demográfica de personas con discapacidad.
- Compra de 22 equipos de cómputo y 16 audiovisuales (TV 42", DVD, Equipo de sonido) para los CAM de Lima.

Resultados

Las prestaciones sociales ofrecidas por nuestra Institución se otorgan a través de servicios sociales especializados dirigidos a las personas adultas mayores y a las personas con discapacidad, con la finalidad de mejorar su calidad de vida y lograr su integración socio laboral. En nuestro país EsSalud es el único que brinda Prestaciones Sociales, pues las aseguradoras privadas (EPS's o AFP's) no ofrecen estas prestaciones. Se financia con los recursos que administramos del fondo de la Ley N° 27056.

En los Centros de Rehabilitación Profesional (CERP), se realiza un proceso especializado que prepara a las personas con discapacidad para su adecuada integración social y laboral. Se aprecia una disminución en el número de participantes de estos Centros debido a que la población objetivo se ha centrado en los asegurados.

PARTICIPANTES EN LAS ACTIVIDADES DE REHABILITACIÓN PROFESIONAL 2006-2007			
UNIDADES OPERATIVAS		NUMERO DE PARTICIPANTES	
		2006	2007
I.	CENTROS ESPECIALIZADOS DE REHABILITACION PROFESIONAL (CERP)	3 721	2 998
II.	MODULOS BASICOS DE REHABILITACION PROFESIONAL (MBRP)	625	825
III.	ACTIVIDADES DE REHABILITACIÓN PROFESIONAL		
	Evaluación Integral para el Trabajo	1 321	3 823
	Capacitaciones	1 058	2 485
	Integración Laboral	860	2 303
	Bolsa de Trabajo	1 846	296
IV.	AYUDAS BIOMECANICAS	239	239
V.	PROGRAMAS COMPLEMENTARIOS	2 429	4 380
	Enseñanza y Práctica de Deportes Adaptados, Consejería Socio Jurídico Familiar		
Fuente: Gerencia Central de Prestaciones Económicas y Sociales			

En los Centros y Círculos del Adulto Mayor, desarrollan actividades dirigidas a los asegurados mayores de 60 años autovalentes, proporcionándoles un abanico de servicios a fin de satisfacer diversas necesidades sociales de acuerdo a las características de diversidad cultural y género de la demanda, participando activamente en aspectos culturales, económicos, productivos, de integración intergeneracional y de fortalecimiento de la red de soporte familiar.

PARTICIPANTES EN LAS ACTIVIDADES DE BIENESTAR Y PROMOCIÓN SOCIAL DEL ADULTO MAYOR 2006-2007			
COBERTURA Y ACTIVIDADES		NUMERO DE PARTICIPANTES	
		2006	2007
COBERTURA POBLACIONAL EN CENTROS DEL ADULTO MAYOR		148 800	126,758
COBERTURA POBLACIONAL EN CÍRCULOS DEL ADULTO MAYOR		9 531	9,090
I.	PROGRAMA ESTILOS DE VIDA PARA UN ENVEJECIMIENTO ACTIVO		
	Taller de Educación Emocional	4 175	9,260
	Taller de Memoria	13 169	11,194
	Taller de Autocuidado	26 185	23,821
	Taller Artístico	28 322	27,391
	Taller de Cultura Física	40 419	33,324
	Taller de Actualización Cultural	2 496	4,510
	Taller de Alfabetización	826	819
	Eventos Deportivos y Recreativos	53 964	47,657
	Turismo Social	37 925	28,202
	Huertos Familiares y Medio Ambiente	9 059	3,289
	Comedor Social	365 777	298,646
II.	PROGRAMA INTERGENERACIONAL		
	Eventos de Integración Intergeneracional	24 314	18,348
	Campañas de Sensibilización	832	985
III.	PROYECTO RED DE SOPORTE FAMILIAR		
	Campañas de Educación Social	135	2,412
	Servicio de Voluntariado a la Familia	760	668
IV.	PROYECTO MICROEMPREDIMIENTO DE PERSONAS MAYORES		
	Taller Ocupacional	23 351	22,576
	Taller Productivo de Bienes y Servicios	5 499	16,577
V.	ACTIVIDADES DE SOCIALIZACION	-	125,734
VI.	SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	-	59,183
Fuente : Sub Gerencia de Prestaciones Sociales - Gerencia Central de Prestaciones Económicas y Sociales			

En el año 2007 se presenta una disminución del número de participantes, respecto al año anterior, en los Centros y Círculos del Adulto Mayor, debido a la reinscripción de usuarios realizada en 2007 para sincerar las cifras de la población usuaria.

5. ESTADOS FINANCIEROS AUDITADOS

Balance General

SEGURO SOCIAL DE SALUD - ESSALUD BALANCE GENERAL COMBINADO (Notas 1 y 2)

ACTIVO	Nota	Al 31 de diciembre de		PASIVO Y PATRIMONIO	Nota	Al 31 de diciembre de	
		2007	2006			2007	2006
		S/. 000	S/. 000			S/. 000	S/. 000
Activo corriente				Pasivo corriente			
Efectivo y equivalente de efectivo	(3)	574,983	404,875	Cuentas por pagar comerciales	(12)	84,016	109,565
Inversiones financieras	(4)	216,180	171,532	Tributos y aportaciones	(13)	71,269	68,551
Aportaciones por cobrar a corto plazo, neto	(5)	570,309	488,617	Remuneraciones y participaciones	(14)	152,778	113,736
Otras cuentas por cobrar, neto	(6)	79,648	116,405	Otras cuentas por pagar	(15)	210,717	199,920
Existencias (neto)	(7)	197,991	174,141	Provisión para obligaciones previsionales	(16)	-	22,058
Gastos pagados por anticipado	(8)	183,869	3,056	Total pasivo corriente		518,780	513,830
Total activo corriente		1,822,870	1,358,626				
				Provisión beneficios sociales	(17)	12,629	12,077
Aportaciones por cobrar a largo plazo	(9)	116,030	154,214	Ingresos diferidos	(9)	116,030	154,214
Inversiones financieras	(10)	683,311	658,585	Provisión para contingencias	(18)	123,228	99,300
Inmuebles, Maquinaria y Equipo	(11)	1,627,374	1,624,598	Total pasivo		770,667	779,421
Activo Intangible		4,486	5,918	Patrimonio neto	(19)		
Total activo		4,254,171	3,801,941	Capital adicional		7,394	7,272
				Excedente de revaluación		867,602	868,233
CUENTAS DE ORDEN	(20)	730,161	735,872	Reservas		1,163,867	1,080,735
				Resultados acumulados		1,444,841	1,066,280
				Total de patrimonio		3,483,504	3,022,520
				Total pasivo y patrimonio		4,254,171	3,801,941
				CUENTAS DE ORDEN	(20)	730,161	735,872



Las notas que se acompañan forman parte de los estados financieros.



Estados de Resultados

SEGURO SOCIAL DE SALUD - ESSALUD

ESTADOS FINANCIEROS COMBINADOS AL 31 DE DICIEMBRE DE 2007 Y 2006

DICTAMEN DE LOS AUDITORES INDEPENDIENTES - ESTADOS FINANCIEROS COMBINADOS

A los señores miembros del Consejo Directivo
Seguro Social de Salud - ESSALUD

1. Hemos auditado el balance general combinado del **Seguro Social de Salud - ESSALUD** al 31 de diciembre de 2007 y de 2006, así como los correspondientes estados combinados de operaciones, de cambios en el patrimonio y de flujos de efectivo por los períodos terminados en esas fechas, así como los resúmenes de políticas contables significativas y otras notas explicativas.
2. La gerencia es responsable de la preparación y presentación razonable de estos estados financieros de acuerdo con principios de contabilidad generalmente aceptados en el Perú. Esta responsabilidad incluye: diseñar, implantar y mantener el control interno pertinente en la preparación y presentación razonable de los estados financieros para que estén libres de representaciones erróneas de importancia relativa, ya sea como resultado de fraude o error; seleccionar y aplicar las políticas contables apropiadas; y realizar las estimaciones contables razonables de acuerdo con las circunstancias.
3. Nuestra responsabilidad consiste en expresar una opinión sobre los estados financieros basada en nuestra auditoría. Nuestra auditoría fue realizada de acuerdo con normas de auditoría generalmente aceptadas en el Perú. Tales normas requieren que cumplamos con requerimientos éticos y que planifiquemos y realicemos la auditoría para obtener una seguridad razonable que los estados financieros no contienen representaciones erróneas de importancia relativa.
4. Una auditoría comprende la ejecución de procedimientos para obtener evidencia de auditoría sobre los saldos y las divulgaciones en los estados financieros. Los procedimientos seleccionados dependen del juicio del auditor, que incluye la evaluación del riesgo de que los estados financieros contengan representaciones erróneas de importancia relativa, ya sea como resultado de fraude o error. Al efectuar esta evaluación de riesgo, el auditor toma en consideración el control interno pertinente del Seguro Social de Salud - ESSALUD, en la preparación y presentación razonable de los estados financieros a fin de diseñar procedimientos de auditoría de acuerdo con las circunstancias, pero no con el propósito de expresar una opinión sobre la efectividad del control interno de la institución. Una auditoría también comprende la evaluación de si los principios de contabilidad aplicados son apropiados y si las estimaciones contables realizadas por la gerencia son razonables, así como una evaluación de la presentación general de los estados financieros.
Consideramos que la evidencia de auditoría que hemos obtenido es suficiente y apropiada para proporcionarnos una base para nuestra opinión de auditoría, excepto por lo mencionado en el párrafo 6.
5. Tal como se explica en la Nota 16 a los estados financieros y se muestra en el estado de cambios en el patrimonio neto, los pagos efectuados por ESSALUD en el año 2007 a los pensionistas del régimen del D.L. N° 20530 por S/. 434.2 millones (S/. 218.3 millones en el año 2006) y del D.L. N° 18846 por S/. 106.3 millones, han sido registrados contablemente con cargo a la cuenta patrimonial de resultados acumulados, por haberse extinguido las provisiones contables en los años 2006 y 2007, y por la posición de ESSALUD en reconocer como deuda sólo los montos de las obligaciones previsionales establecidos en los artículos 4° y 5° del Decreto de Urgencia N° 067-98; y en tal sentido las pensiones pagadas en exceso de la provisión no son reconocidas como gastos.
Adicionalmente, la referida cuenta resultados acumulados registra créditos por un monto total de S/. 159.0 millones, relacionados con la reversión y regularización de provisiones de años anteriores sobre litigios y otras estimaciones contables de inversiones y cuentas por cobrar diversas.

1

De acuerdo con Normas Internacionales de Información Financiera (NIIF), aplicables al sector público, los pagos efectuados de las referidas obligaciones, así como las regularizaciones corrientes de las estimaciones contables, deben registrarse en los resultados del ejercicio en que se incurren y/o reconocen. Consecuentemente, el estado combinado de operaciones por el año terminado el 31 de diciembre de 2007 se encuentra sobrestimado en un monto neto de S/. 381.4 millones (S/. 218.3 millones en el año 2006).

6. Tal como se refiere en las Notas 5 a los estados financieros, de acuerdo con la Ley N° 27334 y su reglamento, le compete a la SUNAT ejercer las funciones de administración respecto de las aportaciones a ESSALUD, a cuya data y documentación sustentatoria la Institución no tiene acceso pese a las reiteradas solicitudes de información efectuadas por parte de ella. En tal sentido, no nos ha sido posible examinar la referida información que nos permita satisfacernos de la razonabilidad del rubro Aportaciones por Cobrar a Largo Plazo y su respectiva provisión de evaluación de cobrabilidad mostrados al 31 de diciembre de 2007 por un monto de S/. 3,512 millones (S/. 2,929 millones en el año 2006), las mismas que desviándose de las disposiciones establecidas en Normas Internacionales de Información Financiera (NIIF), están contabilizadas en cuentas de orden a partir del mes de diciembre del año 2006. Sobre dicho aspecto, la Dirección Nacional de Contabilidad Pública, mediante oficio N° 012-2008-EF/93.01 de fecha 12 de marzo de 2008 resolvió la consulta formulada por el Gerente Central de Finanzas de la Institución concluyendo, "que las aportaciones pendientes de cobro de ESSALUD constituyen activos de la entidad y deben considerarse como tales en sus Estados Financieros".
7. En nuestra opinión, excepto por los efectos de los ajustes descritos en el párrafo 5 y por el efecto de la reclasificación que debe efectuarse para reflejar adecuadamente la situación expuesta en el párrafo 6, los estados financieros que se acompañan, presentan razonablemente en todos sus aspectos significativos, la situación financiera del Fondo Salud al 31 de diciembre de 2007 y 2006, así como los resultados de sus operaciones y sus flujos de efectivo por los años terminados en esas fechas, de conformidad con los principios de contabilidad generalmente aceptados en el Perú.
8. Tal como se expone en la Nota 16, el Consejo Directivo de la Institución sobre la base de los informes de sus asesores legales externos y en uso de sus atribuciones, con fecha 15 de abril de 2004 dictó políticas y lineamientos puntuales referidos a la obligación previsional de los regímenes de los Decretos Leyes N°s. 20530 y 18846, en cuanto a lo siguiente: (a) Los recursos que administra ESSALUD son intangibles y no pueden ser afectados con medidas cautelares o definitivas ni destinarse a fines distintos a los preestablecidos en su Ley de creación, Ley del Sistema de Seguridad Social, las mismas que se sustentan en principios constitucionales; (b) Se reconoce como deuda los montos de las obligaciones previsionales a que se refieren los artículos 4° y 5° del Decreto de Urgencia N° 067-98, con deducción de las pensiones ya pagadas hasta la fecha sin perjuicio del nuevo cálculo actuarial que se debe realizar, el cual no tiene efectos contables para la Institución, con total prescindencia de lo dispuesto por el Decreto Supremo N° 043-2003-EF y el Decreto de Urgencia N° 030-2005, por cuanto con fecha 2 de diciembre de 2005, ESSALUD presentó ante el 2° Juzgado Civil de Lima una demanda sobre Acción de Amparo contra el Ministerio de Economía y Finanzas, respecto de la emisión del Decreto de Urgencia N° 030-2005, la misma que inicialmente se declaró improcedente, pero luego de interponer recurso de apelación, con fecha 16 de enero de 2006 se le concedió dicho recurso. En base a la posición adoptada por la Institución, el monto total de la reserva por obligaciones previsionales según los últimos cálculos actuariales estimados en el año 2007 por el Ministerio de Economía y Finanzas en aproximadamente a S/. 6,495 millones no se encuentran expuestos en los estados financieros adjuntos. Consecuentemente, en tanto no se concluyan los procesos constitucionales interpuestos por la Institución, destinados a lograr la inaplicabilidad y declaración de inconstitucionalidad de las normas que



CONSORCIO
Portal Vega & Asociados S.C.
MGI Gutiérrez Ríos y Asociados S.Civil
Audidores - Consultores




presuntamente habrían vulnerado la intangibilidad de los recursos de ESSALUD, no es posible establecer el efecto que tendría la resolución de dichos procesos en el saldo de las obligaciones previsionales de los Decretos Leyes N°s 20530 y 18846.

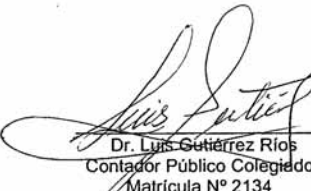
9. Al 31 de diciembre de 2007, el Fondo de Seguro Agrario que forma parte de los estados financieros combinados, muestra un déficit acumulado patrimonial de S/. 465.1 millones (S/. 325.6 millones en el 2006), debido principalmente a que las aportaciones del Sector Agrario solamente cubren la cuarta parte del costo de las prestaciones a los asegurados de dicho sector, generando un subsidio cruzado de los empleadores del seguro regular hacia los empleadores agrícolas.

Lima, Perú
25 de marzo de 2008.

Refrendado por:



CPC Hugo Portal Vega (Socio)
Contador Público Colegiado
Matrícula N° 6264



Dr. Luis Gutiérrez Ríos (Socio)
Contador Público Colegiado
Matrícula N° 2134



Calle Jantar Puñco Este N° 3495 - San Borja - Lima - Perú
Teléfono: 221-6076 - Telefax: 226-3109 y 226-1996
E-mail: aud@portalvega.com.pe - www.portalvega.com.pe



Calle Clifton N° 807 - San Isidro - Lima - Perú
Teléfono: 221-7773 - Telefax: 221-7773
E-mail: figu@mgiconsultores.com - www.mgiconsultores.com

SEGURO SOCIAL DE SALUD - ESSSALUD

ESTADO COMBINADO DE OPERACIONES (Notas 1 y 2)

	Nota	Por el año terminado el 31 de diciembre de	
		2007 S/. 000	2006 S/. 000
Ingresos	(21)		
Aportaciones Ley 26790 Salud		4,172,867	3,688,008
Aportaciones D.L 18846 Acc. de Trabajo		123	86
Aportaciones D.L 885 Seguro Agrario		49,571	41,931
Aportaciones Seguro Potestativo		26,714	37,535
Aportaciones Seguro Universitario		-	5
Aportaciones Seg.Complementario Trabajo Riesgo (SCTR)		45,320	41,394
Otras aportaciones (atención a no asegurados)		23,263	23,845
		<u>4,317,858</u>	<u>3,832,804</u>
Costos y Gastos de Administración			
Costo de personal	(22)	1,989,644	1,867,213
Costo de medicinas y material médico	(23)	615,840	560,190
Costo de prestaciones económicas	(24)	278,088	255,510
Costo de oficina, inmuebles e instalaciones	(25)	170,410	151,294
Costo de equipos, unid.transp.médico y otros	(26)	108,436	107,007
Servicios médicos encargados a terceros	(27)	187,283	164,228
Costo de suministros diversos		76,774	70,374
Comisiones SUNAT y gastos bancarios	(28)	83,507	82,313
Servicios públicos		40,759	41,067
Otros gastos generales		16,266	71,094
Provisiones varias	(29)	153,193	117,232
Honorarios		7,417	2,037
Viáticos y atenciones oficiales		8,315	4,007
		<u>3,735,932</u>	<u>3,493,566</u>
Resultado de Operación		<u>581,926</u>	<u>339,238</u>
Otros Ingresos y Gastos			
Dividendos		16,673	8,320
Ingresos financieros, neto	(30)	57,161	74,368
Otros Ingresos		23,757	32,031
		<u>97,591</u>	<u>114,719</u>
Superávit del ejercicio		<u>679,517</u>	<u>453,957</u>

Las notas que se acompañan forman parte de los estados financieros.



SEGURO SOCIAL DE SALUD - ESSALUD

ESTADO COMBINADO DE CAMBIOS EN EL PATRIMONIO

Por el año terminado el 31 de diciembre de 2007 y 2006 (Notas 19)

	Capital adicional S/. 000	Excedente de revaluación S/. 000	Reservas S/. 000	Resultados acumulados S/. 000	Total Patrimonio S/. 000
Saldos al 31 de diciembre de 2005	7,538	676,898	926,010	640,759	2,251,205
Transferencias al Fondo de Reservas	-	-	154,725	(154,725)	-
Reversión de donaciones	(266)	-	-	-	(266)
Pago pensiones D.L. N° 20530	-	-	-	(218,315)	(218,315)
Recaudación MEF D.S. 123 y D.U. 067	-	-	-	335,622	335,622
Excedente de revaluación activo fijo	-	191,335	-	-	191,335
Ajuste de años anteriores	-	-	-	8,982	8,982
Supervit del ejercicio	-	-	-	453,957	453,957
Saldos al 31 de diciembre de 2006	7,272	868,233	1,080,735	1,066,280	3,022,520
Transferencia al Fondo de Reservas	-	-	83,132	(83,132)	-
Donaciones recibidas	122	-	-	-	122
Variación por tasación de activo fijo	-	(631)	-	-	(631)
Recaudaciones deudas MEF D.U. N° 067	-	-	-	163,443	163,443
Pago de pensiones D.L. N° 20530 (Nota 16)	-	-	-	(434,182)	(434,182)
Pago de pensiones D.L. N° 18846 (Nota 16)	-	-	-	(106,316)	(106,316)
Ajustes de ejercicios anteriores	-	-	-	159,031	159,031
Supervit del ejercicio	-	-	-	679,517	679,517
Saldos al 31 de diciembre de 2007	7,394	867,602	1,163,867	1,444,641	3,483,504

Las notas que se acompañan forman parte de los estados financieros.



SEGURO SOCIAL DE SALUD

ESTADO COMBINADO DE FLUJOS DE EFECTIVO (Nota 2 y 3)

	Por el año terminado el 31 de diciembre de	
	2007	2006
	S/. 000	S/. 000
ACTIVIDADES DE OPERACIÓN:		
Cobranza de venta de bienes o servicios e ingresos operacionales	4,221,360	3,779,555
Cobranza de intereses y dividendos recibidos	85,370	109,489
Otros cobros de efectivo relativos a la actividad	65,013	22,670
Menos:		
Pago a proveedores de bienes y servicios	(1,452,988)	(1,397,154)
Pago de remuneraciones y beneficios sociales	(1,891,655)	(1,756,174)
Pagos de tributos	(2,693)	(2,641)
Otros pagos de efectivo relativos a la actividad	(676,352)	(575,147)
Efectivo y equivalente de efectivo proveniente (utilizado) por las actividades de operación	348,055	180,598
ACTIVIDADES DE INVERSIÓN:		
Cobranza de venta de valores e inversiones permanentes	299,258	124,126
Otros cobros relativos a la actividad	207,020	-
Pagos por compra de valores e inversiones permanentes	(574,892)	(325,048)
Pagos por compra de inmuebles, maquinaria y equipo	(109,092)	(36,419)
Pagos por compra de activos intangibles	(60)	(556)
Otros pagos de efectivo relativos a la actividad	(181)	-
Efectivo y equivalente de efectivo utilizado en actividades de inversión	(177,947)	(237,897)
Aumento (Disminución) del efectivo y equivalente de efectivo del ejercicio	170,108	(57,299)
Saldo de efectivo y equivalente de efectivo al inicio del año	404,875	462,174
Saldo de efectivo y equivalente de efectivo al final del año	574,983	404,875

Las notas que se acompañan forman parte de los estados financieros.



SEGURO SOCIAL DE SALUD

ESTADO COMBINADO DE FLUJOS DE EFECTIVO RECONCILIACIÓN DEL RESULTADO NETO CON EL EFECTIVO Y EQUIVALENTE DE EFECTIVO DE LAS ACTIVIDADES DE OPERACIÓN

	Por el año terminado el 31 de diciembre de	
	2007	2006
	S/. 000	S/. 000
Superávit del ejercicio	679,517	453,957
Ajustes al resultado de operación según balance:		
Depreciación y amortización	100,773	97,310
Provisión para beneficios sociales	897	1,234
Provisiones diversas	151,701	115,772
Otras provisiones	(127,886)	151,505
Cargos y abonos por cambios netos en activos y pasivos:		
(Aumento) Disminución de cuentas por cobrar	(96,498)	(53,249)
(Aumento) Disminución de otras cuentas por cobrar	41,256	(35)
(Aumento) Disminución de existencias	(24,980)	(24,520)
(Aumento) Disminución de gastos pagados por anticipado	(180,813)	1,239
Aumento (Disminución) de porción corriente de deuda a largo plazo	(22,058)	(260,018)
Aumento (Disminución) de cuentas por pagar comerciales	(25,550)	12,511
Aumento (Disminución) de deudas a largo plazo	-	(46,134)
Aumento (Disminución) de otras cuentas por pagar	(148,304)	(268,974)
Efectivo y equivalente de efectivo proveniente de (utilizado en) actividades de operación	<u>348,055.00</u>	<u>180,598.00</u>

Las notas que se acompañan forman parte integrante de los estados financieros.

